

CERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE
ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA E AL NIDO
DOPO MALATTIA O INDISPOSIZIONE

In ottemperanza alla deliberazione 18853/2004 della Regione Lombardia, il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ genitore del/della bambino/a _____ frequentate l'asilo nido Belli e Monelli al fine di ottenere la riammissione al nido del proprio figlio/a dopo il periodo di assenza dal ____/____/____ al ____/____/____

DICHIARA

Ai sensi della L. R. 12/2003 e del DPR 444/2000 consapevole delle responsabilità penali e civili dovute a false dichiarazioni, (segnare solo un caso tra i seguenti):

- ☐ Di aver consultato il proprio medico Dott./Dott.ssa _____ e di essersi attenuto/a alle indicazioni date dal curante.
- ☐ Di NON aver contattato il medico MA DI AFFERMARE RESPONSABILMENTE che mio figlio/a E' IN BUONA SALUTE e NON E' AFFETTO DA MALATTIE che possono essere causa di contagio per la comunità

In base a quanto indicato nella deliberazione 18853/2004 della Regione Lombardia il bambino/a può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data _____

Firma del genitore
