

**AUTOCERTIFICAZIONE PER  
RIAMMISSIONE IN COMUNITA'  
SCOLASTICA**

Il/la sottoscritto/a.....genitore di.....  
dichiara di aver consultato il proprio medico dr.....  
in data..... e di essersi attenuto alle indicazioni date dal  
curante.

Ed in base a quanto indicato nel D.g.r. 30 settembre 2004 7/18853 il bambino/a  
può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data.....

Firma .....