



ISTITUTI RAGGRUPPATI
PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E AI MINORI
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

Autocertificazione Riammissione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ prov. _____
il _____, codice fiscale _____ nella qualità genitore/tutore
del bambino/a _____ iscritto/a presso l'Asilo Nido _____
con sede in _____ via _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e mendaci (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

Che il proprio/a figlio/a è stato assente dal _____ al _____

Causa _____

Dichiara, inoltre, di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa _____

E di essersi attenuto alle dichiarazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia, sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza.

Roma _____

Firma del genitore

N.B. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un idoneo documento di identità del soggetto firmatario.

Via dei Campani 79 - 00185 Roma - Tel. +39 06 44704620 - Fax +39 06 49380947
www.ipabirai.it - irai@ipabirai.it - C.F. 08166891005

