

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE

Alla cortese attenzione del
NIDO DOLCI SOGNI

Io sottoscritto/a
Residente a in via
N° di telefono Cellulare Altri recapiti
Genitore di

Allontanato il giorno in seguito al riscontro da parte del personale educativo di:

- Esantema (rash cutaneo);
- Congiuntivite purulenta;
- Diarrea;
- Altro.....;

OPPURE

Assente dal per

Ai sensi della L.R. 21 del 18/08/2005 in materia di semplificazione sanitaria

DICHIARO

Di aver contattato il medico curante, di essermi attenuto/a alle indicazioni da lui ricevute e di poter riportare mio figlio/a al nido.

Data Firma

]