

Fate e Folletti

Nido d'infanzia

Via 24 Maggio n. 22

33010 Reana del Rojale (Ud)

MODULO A

AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

dichiara

che il/la proprio figlio/a _____

- NON è affetto da alcuna patologia infettiva tale da compromettere con la sua presenza la salute degli altri bimbi ed adulti presenti al nido.

o

- Segue da almeno 24 ore adeguata terapia farmacologica e che il suo stato di salute non osta alla vita in comunità.

E consapevole delle conseguenze di tale dichiarazione e della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000. Solleva inoltre da qualsivoglia responsabilità il nido d'infanzia Fate e Folletti, la direzione e tutto l'organico ivi operante.

In fede

firma _____

Reana del Rojale, li _____