



MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE

In riferimento alle Indicazioni del Ministero della Salute e della Scuola del 18/09/2009 e delle Indicazioni dell'ASL "Malattie infettive e comunità infantili"

IL SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DEL BAMBINO/A _____ DELLA SEZIONE _____

ASSENTE DAL _____ AL _____

**CERTIFICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
CHE IL PROPRIO FIGLIO E' IN BUONE CONDIZIONI FISICHE E NON PRESENTA SINTOMI DI MALATTIA**

DICHIARA INOLTRE che il bambino/a

È stato visitato dal pediatra

Non è stato visitato dal pediatra

Data _____

Firma _____