

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via/piazza _____,
in qualità di _____ del/la minore _____
nato/a il _____,

frequentante il Nido d'Infanzia Pollicino del Comune di Pontenure,

allontanato/a dal Nido il giorno _____

assente dal giorno _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essersi recato/a dal/la Dott./Dott.ssa _____
tel. _____, pediatra/medico di medicina generale del/la bambino/a e di
aver seguito tutte le indicazioni fornite dallo/a stesso/a in merito alla malattia del/la
proprio/a figlio/a.

di aver contattato il/la Dott./Dott.ssa _____
tel. _____, pediatra/medico di medicina generale del/la bambino/a e di
aver seguito tutte le indicazioni fornite dallo/a stesso/a in merito alla malattia del/la
proprio/a figlio/a.

Il richiedente esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le sole finalità istituzionali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi del Reg. UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 così come modificato e integrato dal D.Lgs.101/2018.

Pontenure, lì _____

firma del dichiarante