

# 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*