

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
Riammissione ai servizi del minore in caso di assenza superiore a 5gg.  
(sabato e domenica compresi da presentarsi al 6° giorno)

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ DEL MINORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Frequentante il Servizio \_\_\_\_\_

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ rientro il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e 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. 76 D.P.R. n. 445/2000, **consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

che l'assenza non è dovuta a motivi di salute del minore.

Oppure

che l'assenza è dovuta a motivi di salute del minore.

Fornisce al riguardo le seguenti informazioni.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di  non aver contattato /  aver contattato e di essersi attenuto alle indicazioni di cura ricevute dal Pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, in particolare per ciò che riguarda eventuali periodi contumaciali da osservare (per periodo contumaciale si intende il periodo in cui il bambino per la tutela di sé e degli altri, è opportuno che non frequenti il nido);

Dichiara infine di aver effettuato la presente autodichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_