



**FONDAZIONE**  
**“SCUOLA DELL’INFANZIA G. B. MOTTINI”**  
Via G. Crotti n. 12  
Romano di Lombardia (Bergamo)

## AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto ..... genitore/tutore dell’alunno.....

Assente dal ..... al .....

In seguito all’insorgenza in mio figlio di sintomi quali.....

DICHIARO

di aver contattato il Medico curante per i necessari approfondimenti e che mio figlio può essere riammesso in comunità.

Data

.....

Firma

.....