

AUTOCERTIFICAZIONE VISITA MEDICA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____

nato a _____ Il _____

residente a _____ Via _____

codice fiscale _____

documento _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che lo/la stessa/o in data _____

si è recato/a presso il proprio Pediatra di famiglia il

dott. _____

per sottoporre il proprio figlio a visita medica che attesti l'idoneità del Bambino alla frequenza dell' Asilo Nido "Ciao Ciao", sito in Via Appia 128 Scauri (LT)

Si allega copia documento di identità.

Scauri _____

Il/La Dichiarante _____