

## MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ha effettuato le vaccinazioni di legge.

- Che non presenta sintomi e segni di patologia infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.
- Che ha contratto le seguenti malattie:

- Terapie in corso:

- Allergie

- Intolleranze alimentari

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del genitore

Ai fini dell'art.10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.