

## MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di  
cognome e nome del minore \_\_\_\_\_  
che è stato/a assente dal nido per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
sentito il pediatra,

dichiara

che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la frequenza del nido a far  
tempo da \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
firma