AUTOCERTIFICAZIONE MALATTIE INFETTIVE

Il sottoscritto _____

Esercente la responsabilità genitoriale sul minore

_____

Nato a _____ il_____,

DICHIARA

che il minore non ha contratto malattie infettive negli ultimi 10 giorni e che non presenta attualmente sintomi imputabili a malattie infettive in atto.

Luogo e Data _____

In fede

_____