

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME			
NOME			
INDIRIZZO		COMUNE	
LUOGO		DATA NASCITA	
TELEFONO		CELLULARE	
C.F.			

GENITORE/ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE DEL MINORE:

COGNOME			
NOME			
INDIRIZZO		COMUNE	
LUOGO		DATA NASCITA	
C.F.			

DICHIARA

previamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti dal Comune ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

1. CHE IN CASO DI NECESSITÀ IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI È IL SEGUENTE:

COGNOME			
NOME			
GRADO DI PARENTELA			
INDIRIZZO		COMUNE	
TELEFONO		CELLULARE	

2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE È:

COGNOME			
NOME			
TELEFONO			

3. CHE IL MINORE

- NON** ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici, NON è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc...), NON è affetto da intolleranze o allergie;
- ha sofferto di patologie gravi in passato, o ha subito interventi chirurgici, o è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc...), o è affetto da intolleranze o allergie

Documento da allegare: certificato medico.

Data _____

Firma
