

Nata/o a ..... il .....

residente a ..... CAP .....

Via /piazza..... N. ....

In qualità di ..... del minore .....

nato a ..... il .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

**- di aver effettuato il trattamento e aver seguito le indicazioni del Medico Scolastico estendendo i controlli preventivi agli altri componenti il nucleo Familiare.**

**- di essersi recato dal Dr. ...., Medico di Fiducia del bambino/a, e di aver seguito tutte le indicazioni fornite dallo stesso in merito alla malattia del figlio/a.**

Addì, .....

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)<sup>2</sup>

Dichiarazione esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455. Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

<sup>1</sup> La possibilità di utilizzare le dichiarazioni sostitutive è estesa anche ai genitori di minori con disabilità.