

## AUTODICHIARAZIONE DI INIZIO TERAPIA PER IL RIENTRO IN COMUNITA'

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_

Frequenta l'Asilo Nido \_\_\_\_\_

### DICHIARO

Di aver contattato il Dott. \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

E di essersi attenuto alle indicazioni per quanto riguarda la terapia e il rientro in comunità.

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

San Marino, li \_\_\_\_\_