

## 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

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi della Legge 21 dicembre 2018 n.171 "Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali".

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

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