

CIRCOLAZIONE ORDINANZA LIMITAZIONI TRAFFICO

Timbro della scuola, ufficio, ambulatorio, etc.

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____
in qualità di Responsabile (1) di _____
con sede in _____ via/piazza _____
nr. _____ tel. _____.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che il/la Signor/a _____
nato il _____ a _____ è ammesso a frequentare la sede
sopraindicata per lo svolgimento dell'attività (2) _____
_____ nei seguenti giorni e orari: _____
_____.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'art. 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risultasse mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza all'art. 43 dello stesso T. U.

Torre di Mosto, _____

In fede

1 specificare se scuola, ufficio, ambulatorio, etc.

2 specificare se scolastica, lavorativa, di terapie, etc.