

COMUNE \_\_\_\_\_

STRUTTURA EDUCATIVA \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del bambino/a	MESE E ANNO																															PRESENZE INFERIORI AI 5 GIORNI (INDICARE CON X)	PRESENZA CERTIFICAZIONE MEDICA E AUTODICHIARAZIO NE PER L'ASSENZA							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									

I sottoscrittori del presente registro di presenza dichiarano ai sensi del DPR 445/2000 che lo stesso è conforme all'originale

(*timbro e firma*)  
 INDICARE NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

**Il Dirigente Responsabile del Comune o suo delegato per presa visione**  
 (*timbro e firma*)  
 INDICARE NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

Si allega copia del documento di identità dei sottoscrittori