



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

**Il legale rappresentante legale del servizio o suo delegato\***  
*(timbro e firma)*  
 INDICARE NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

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

\* In caso di servizio a titolarità comunale omettere.

Si allega copia del documento di identità dei sottoscrittori