



Al Dirigente Scolastico

dell' Istituto _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ prov. _____

il _____ residente a _____

prov. _____ cap _____ in via _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a _____ prov. _____

il _____ residente a _____

prov. _____ cap _____ in via _____

iscritto alla classe _____ sez. _____ della Scuola _____

DICHIARA
(ai sensi del DPR 445/2000)

che il figlio/a ha frequentato la scuola pluriclasse istituita presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale di Circolo di Busto Arsizio, via A. Da Brescia,1 dell'ASST VALLE OLONA, Busto A.(Varese)

dal _____ al _____

Firma

Busto A., _____

- Avvalendosi del diritto sancito dall'art. 15 della legge 12 novembre 2011 n. 183 di presentare all'Amministrazione pubblica, esclusivamente, una dichiarazione in sostituzione delle certificazioni comprovanti stati, qualità personali e fatti, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000
- Consapevole del fatto che il rilascio o l'utilizzo di dichiarazioni mendaci costituisce reato punito dal codice penale e comporta la decadenza dai benefici ottenuti mediante l'autocertificazione