COMUNE _____

STRUTTURA EDUCATIVA _____

	MESE E ANNO																															PRESENZE INFERIORI AI 5 GIORNI (INDICARE CON X)	PRESENZA CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'ASSENZA
Cognome e Nome del bambino/a	**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