



COMUNE DI VIGONOVO

30030 - CITTA' METROPOLITANA DI VENEZIA

MODULO PER RICHIESTA PAGAMENTO RETTA MENSILE IN CASO DI ASSENZA CONTINUATIVA.

Al Comune di Vigonovo

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a, il,
residente nel Comune di,
Via....., n.,
a conoscenza del disposto dell'art. 76 (sanzioni penali) del D.P.R. 28 dicembre
2000, n. 445, e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione non
veritiera, tra cui la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, e sotto la
propria personale responsabilità;

DICHIARA

che il/la figlio/a
nato/a a, il,
frequentante la scuola dell'infanziaa.s.....
è rimasto/a assente per un periodo continuativo dalal.....
a causa di malattia.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della disciplina sulla tutela dei
dati personali, che i dati personali raccolti, ivi inclusi quelli appartenenti a
categorie particolari, saranno trattati, anche con strumenti informatici,
esclusivamente per fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la
presente dichiarazione viene resa. Prendo atto che il testo completo dell'informativa
è consultabile online sul sito www.comune.vigonovo.ve.it

....., li.....

IL/LA DICHIARANTE

.....

Si allegano:

- **certificato medico attestante la malattia per il periodo indicato;**
- **fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**