



*Timbro della scuola, ufficio, ambulatorio, azienda, etc.*

## DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di Responsabile<sup>1</sup> di: \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### **DICHIARA sotto la propria personale responsabilità**

che il/la Signor/a \_\_\_\_\_ è ammesso a

frequentare la sede sopraindicata per lo svolgimento dell'attività<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nei seguenti giorni e orari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'art. 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risultasse mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza all'art. 43 dello stesso T. U.

Treviso, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> specificare se scuola, ufficio, ambulatorio, etc.

<sup>2</sup> specificare se scolastica, lavorativa, di terapie, etc.