COMUNE _____ **CUP** _____ **CODICE PROGETTO** _____

STRUTTURA EDUCATIVA _____

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

Il Legale Rappresentante della Struttura Educativa
(timbro e firma)

_____

Il Dirigente Responsabile del Comune per presa visione
(timbro e firma)

_____

Comune di Monte San Savino - Prot. 0010758 del 10-07-2020