

**CIRCOLAZIONE ORDINANZA
LIMITAZIONI TRAFFICO**



Timbro della scuola, ufficio, ambulatorio, etc.

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Il sottoscritto _____
in qualità di Responsabile¹ 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'attività² _____
_____ 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.

Cavarzere, _____ In fede _____

¹ specificare se scuola, ufficio, ambulatorio, etc.

² specificare se scolastica, lavorativa, di terapie, etc.