

**AUTOCERTIFICAZIONE DI INFORMAZIONI  
RILEVANTI AI FINI SCOLASTICI**

*(Dati della madre)*

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*(Dati del padre)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto

consapevoli delle responsabilità derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (D.P.R.  
n. 445 del 28.12.2000)

**D I C H I A R A N O**

*(specificare eventuali allergie, intolleranze alimentari, necessità di cure terapeutiche, ogni altra  
informazione ritenuta utile ai fini scolastici)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A tal proposito si allega

*(specificare i documenti attestanti quanto dichiarato)*

Paternò, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

---

---