

CERTIFICAZIONE DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ RIABILITATIVE IN ORARIO SCOLASTICO

SI DICHIARA CHE L'ALUNNO/ALUNNA

Cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ sez _____ plesso _____

Sito a _____ in via _____

SVOLGE ATTIVITÀ RIABILITATIVE IN ORARIO SCOLASTICO

NEL GIORNO _____

DALLE ORE _____ **ALLE ORE** _____

NEL GIORNO _____

DALLE ORE _____ **ALLE ORE** _____

PRESSO _____

(nome della struttura o domicilio dell'alunno)

in via _____

città _____

Data

Firma del terapeuta
