



Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche
U.O. Neuropsichiatria Infantile

OGGETTO: Certificazione per centri estivi

Si certifica che il minore _____

Nato a _____ il _____

E residente a _____ Piacenza _____ in Via _____ N _____

E' seguito/a dall' U.O.N.P.I.A. per:

Abbisogna, per la frequentazione del centro estivo, di un rapporto di accudimento

- 1/1
- 2/1
- 4/1
- gruppo

Piacenza, _____

Il Neuropsichiatria Infantile
