



CENTRO DI RIABILITAZIONE NEUROPSICOMOTORIA
ACCREDITATO CON IL S.S.N. (DCA Regione Lazio U00234 8 Giugno 2018)

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Io sottoscritto _____ nata a _____ il _____ ,
residente in _____ città _____
genitore del minore _____

DICHIARA

Che a causa della situazione di emergenza COVID-19 preferisce sospendere i trattamenti riabilitativi presso il Centro ERRE-D, per tutta la durata del periodo indicato da DPCM . Resta inteso che tale sospensione, così come da indicazioni, non comporta la chiusura e/o rinuncia del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Latina,

Firma