

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CHIUDUNO

_____ l _____ sottoscritt _____

in qualità di genitore dell'alunn _____

frequentante la classe _____ della Scuola Primaria/Scuola Secondaria di I° grado

di _____.

D I C H I A R A

di consegnare in data _____ presso l'Ufficio di segreteria di Codesto

Istituto, il certificato medico concernente l'**infortunio accaduto in itinere/ o a scuola**

dal/la proprio/a figlio/a in data * _____.

* (data di segnalazione da parte del personale scolastico o dal genitore)

data _____.

Firma

recapito:

via _____

comune _____

tel./cell. _____