

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Giovanni FALCONE e Paolo BORSELLINO"
Via G. De Mattia, 1
0067 Morlupo

Oggetto: certificazione medica di infortunio - ALUNNO

__1__ sottoscritt__ _____

genitore/tutore dell'alunno _____

frequentante la classe _____ sez. _____ plesso:

[] Infanzia "G. TAMBURELLI" [] Infanzia "DON PINO PUGLISI"

[] Primaria "R. LIVATINO" [] Primaria "G. DI MATTEO"

[] Secondaria I° GRADO D. A. Venturini

consegna in data _____ la seguente certificazione medica relativa all'infortunio

accaduto al__ _____ propri__ _____ figli__ _____ il giorno _____ presso

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

data _____

ora _____

(nome per esteso)

(Firma)