

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)