

**Al DIRIGENTE SCOLASTICO** del  
*Istituto Comprensivo Statale*  
*"De Amicis – Bolani "*  
89127 Reggio Calabria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici (abitazione) : \_\_\_\_\_

(cellulare) : \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di consegnare in data odierna, alle ore ..... i seguenti certificati medici:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Relativi all'infortunio occorso il giorno \_\_\_\_\_

All'alunno/a \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_

Reggio Calabria, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_