

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
