

**I.C.
VOLVERA**

**INFORTUNIO
AUTORIZZAZIONE ALLA
FREQUENZA LEZIONI**



ISTITUTO COMPRESIVO DI VOLVERA
via Garibaldi, 1
10040 VOLVERA
Tel. 0119853093
e-mail: TOIC83800T@istruzione.it
e-mail: TOIC83800T@pec.istruzione.it
www.icvolvera.gov.it

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di VOLVERA

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'allievo/a _____
frequentante la classe _____ del plesso _____
autorizza la frequenza del figlio/a infortunato in data _____ con prognosi di
gg. _____ a partire dal _____ sollevando l'istituto da qualsiasi
responsabilità ne possa derivare.

Si allega certificato medico del curante.

Data _____

Firma del genitore _____

Visto, si autorizza

Volvera, _____

Il Dirigente Scolastico
