



Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di VOLVERA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'allievo/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che a seguito dell'infortunio subito dal/la proprio/a figlio/a in data \_\_\_\_\_ non ha  
ritenuto necessario recarsi al pronto soccorso.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

**Il genitore dell'alunno è tenuto obbligatoriamente il giorno immediatamente successivo  
all'infortunio, entro le ore 10:00, a consegnare personalmente la dichiarazione di cui sopra**