

**I.C.  
VOLVERA**

**INFORTUNIO  
AUTORIZZAZIONE ALLA  
FREQUENZA LEZIONI**



ISTITUTO COMPENSIVO DI VOLVERA  
via Garibaldi, 1  
10040 VOLVERA  
Tel. 0119853093  
e-mail: [TOIC83800T@istruzione.it](mailto:TOIC83800T@istruzione.it)  
e-mail: [TOIC83800T@pec.istruzione.it](mailto:TOIC83800T@pec.istruzione.it)  
[www.icvolvera.edu.it](http://www.icvolvera.edu.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

\_\_\_\_\_