I.C. VOLVERA	INFORTUNIO CONSEGNA CERTIFICATO MEDICO	

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

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di VOLVERA

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

genitore dell'allievo/a _____

frequentante la classe _____del plesso _____

DICHIARA

di consegnare in data _____ alle ore _____ il certificato medico INAIL relativo all'infortunio occorso il _____ al/la proprio/a figlio/a con prognosi di giorni _____;

Data _____ Firma del genitore _____