



Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di VOLVERA

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

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a e' definitivamente guarito/a in seguito all'infortunio del _____

- di non aver sostenuto spese mediche
- di aver sostenuto spese mediche per un importo pari a € _____

Data _____

Firma del genitore _____