

**I.C.
VOLVERA**

**INFORTUNIO
CONSEGNA CERTIFICATO
MEDICO**



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 _____

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 _____