



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 \_\_\_\_\_