

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"B. CROCE"
FERNO

___ I ___ sottoscritt ___ _____ genitore dell'alunno/a

frequentante la

classe _____ sez. _____ della scuola _____ di _____

DICHIARA

di depositare

n. _____ certificati medici

N. _____ ricevute fiscali

relativi all'infortunio/incidente occorso al/alla proprio/a figlio/a il giorno _____ .

Ferno, _____

FIRMA
