Al Dirigente Scolastico
Dell'I.I.S.S. "N.Moccia"
Nardò

Oggetto: *certificazione medica infortunio del …….*

Il sottoscritt/a ……..in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a ……..classe ……..….sez.…….sett……

DICHIARA

Di consegnare in data ……./……/…….la certificazione medica rilasciata

dall'Ospedale……....., inerente all'infortunio del …….

dell'alunno /a su citato/a avvenuto presso…….

…….alle ore ……

Nardò…….

IN FEDE

_____