

INFORTUNI - DICHIARAZIONE CONSEGNA
DOCUMENTAZIONE MEDICA STUDENTI

Al Dirigente Scolastico
IISS Caravaggio
Sede

Sede Odescalchi *Sede Oceano Indiano* *Sede Argoli*

Studente minore

Il/La sottoscritt _____
Genitore dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ____/____/____
frequentante nell'anno scolastico 20____/20____ la classe _____ sezione _____

Studente maggiorenne

Il/La sottoscritt _____
nato a _____ prov. _____ il ____/____/____
frequentante nell'anno scolastico 20____/20____ la classe _____ sezione _____

dichiara

di aver consegnato in data ____/____/20____ il Certificato medico rilasciato dal
_____ in data ____/____/20____
relativo all'infortunio occorso al ____ propri ____ figli ____ il giorno _____

Roma, ____/____/20____

Firma di chi esercita la potestà genitoriale o dello studente maggiorenne
