

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL’I.C. LEOPARDI**

# Oggetto:consegna certificato medico relativo all’infortunio del………………………………

Il/LaSottoscritto/a.......................................................................................... genitoredell’alunno/a

........................................................frequentante la classe....................sez..............

# DICHIARA

di consegnare il certificato medico in data............................................relativo all’infortunio in oggetto.

Torre Annunziata ,lì ……../……../…………

Distintamente

In Fede

I genitori dell’alunno/il docente/ il Collaboratore scolastico/l’Assistente amministrativo

………………….................................

…………………………………………………..

***Ilsottoscritto,consapevoledelle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/00, dichiara di aver effettuato la scelta /richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater cod.civ., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.***