

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. CERVIA 2**

L/LA SOTTOSCRITTO/A _____
GENITORE DELL'ALUNNO/A _____
DELLA CLASSE _____ **PLESSO** _____

DICHIARA

DI AVER PRESENTATO IN DATA _____ **ORE** _____
ALL'ISTITUTO COMPRENSIVO CERVIA 2 LA DOCUMENTAZIONE MEDICA
RELATIVA ALL'INFORTUNIO AVVENUTO IN DATA _____

CERVIA, _____
(data)

(firma)