

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO DARFO 2

...1... sottoscritto/a (si allega copia documento
d'identità) codice fiscale: residente in via
comune di Tel., indirizzo
mail genitore dell'alunno/a
..... frequentante la classe
.... sez della scuola infanzia/primaria/secondaria di, in merito all'incidente
occorso al.... proprio/a figlio/a il giorno.

D I C H I A R A

di consegnare in data alle ore la certificazione medica rilasciata da
.....
attestante la diagnosi e la prognosi dell'infortunio.

A U T O R I Z Z A

inoltre, l'Istituto Comprensivo Darfo 2 alla trasmissione dello stesso alla compagnia assicurativa ed
eventualmente all'INAIL, per gli adempimenti di competenza.

.....

Data

.....

Firma