

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO DARFO 2

...l... sottoscritto/a, residente in via,
comune di Tel.,
....., indirizzo mail, in servizio
presso la scuola infanzia/primaria/secondaria di, in qualità di
docente/A.T.A., in merito all'incidente occorso 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