

**Al Dirigente scolastico**

**dell’IC LEOPARDI**

# Oggetto: certificato medico di chiusura d’infortunio.

Il/La Sottoscritto/a.......................................................................................... genitore dell’alunno/a

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

# DICHIARA

di consegnare in data............................................ il certificato medico per la chiusura della pratica

d’infortunio.

Torre Annunziata,lì ……../……../…………

Distintamente

In Fede

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

***Il sottoscritto, consapevole delle 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.***

***͞***