

Al Dirigente Scolastico
C.p.i.a. Lodi

__l__ sottoscritt _____

Corsista di _____

oppure:

__l__ sottoscritt _____

Genitore del Corsista di _____

Sede Associata di _____

gruppo/classe _____

consegna in data _____ la certificazione medica
relativa all'infortunio accaduto

il _____ (data infortunio)

presso _____

Luogo e data _____

(Firma)
