

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto d'Istruzione Superiore  
"Antonio Zanelli"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che in data \_\_\_\_\_ (specificare l'accaduto) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Di aver consegnato in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il Certificato Medico relativo all'infortunio avvenuto il \_\_\_\_\_

Reggio Emilia, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_