



Istituto di Istruzione Superiore
“GOBETTI MARCHESINI-CASALE-ARDUINO”
Polo per la Chimica e le Biotecnologie Sanitarie e Ambientali
Amministrazione Finanza e Marketing Relazioni Internazionali per il Marketing

Alla Segreteria didattica

OGGETTO : Certificazione di infortunio

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno _____ della classe _____
dichiara di aver consegnato in data _____ il certificato medico
alla segreteria dell' IIS “GOBETTI MARCHESINI – CASALE – ARDUINO”
riguardante l'infortunio occorso al/alla proprio/a figlio/a in data _____ .

Firma
