MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "TACITO – GUARESCHI"
Via del Risaro 34 – 36, 00127 Roma DISTRETTO XX
☎ 0652371650 🖷 0652379049
Ambito Territoriale Roma 6 - Distretto 20 – Cod.Min. RMIC862007
CF 80230830582 - Codice iPA istsc_rmic862007 - Codice Univoco fatturazione elettronica UF2BL6
✉ rmic862007@istruzione.it ✉ rmic862007@pec.istruzione.it
www.ictacitoguareschi.gov.it/

DICHIARAZIONE GENITORE ALUNNO/A INFORTUNATO/A

Prot. n° _____ / D5 / FP

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Tacito – Guareschi"

Il / La sottoscritt___ _____, gerente la potestà

genitoriale del / della minore _____,

frequentante la classe _____ della Scuola _____

DICHIARA

con la presente di non aver ritenuto necessario sottoporre a visita medica il / la proprio / a

figlio / a dopo l'infortunio del _____

_____.

Roma, _____

In fede,

_____
(firma del gerente la potestà genitoriale)

_____

VISTO
IL DIRIGENTE SCOLASTICO