**U.O.C.**

**NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**

**N.P.I.A. - 6**

**npia6@asppalermo.org**

**c.a. Dott.ssa L. Cusumano**

**Oggetto: rinnovo certificazione medica ad uso scolastico a.s. 2020/2021**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. (\_\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alunno/a della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell'I.C. "Renato Guttuso" di Villagrazia di Carini

**CHIEDE**

il rilascio della certificazione medica ad uso scolastico relativa al/la proprio/a figlio/a per l'a.s. 2020/2021.

Dichiara che la suddetta certificazione deve essere inviata all'indirizzo

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma

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