

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
