

**Al DIRIGENTE SCOLASTICO
XII ISTITUTO COMPRENSIVO
"DON BOSCO" PADOVA**

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ scuola primaria DON BOSCO

che frequenta la classe _____ sez. _____ scuola primaria DELLA VITTORIA

che frequenta la classe _____ sez. _____ scuola primaria PRATI

che frequenta la classe _____ sez. _____ scuola secondaria I grado RUZANTE

dichiara di aver consegnato il/i certificato/i medico/i – medicinali (*)relativi alle patologie del/della figlio/a

alle ore _____ del giorno _____

Padova, _____

Firma Genitore _____

*** Cancellare la voce che non interessa**