

**I.C.  
VOLVERA**

**INFORTUNIO  
DICHIARAZIONE RINUNCIA  
PRONTO SOCCORSO**



ISTITUTO COMPRESIVO DI VOLVERA  
via Garibaldi, 1  
10040 VOLVERA  
Tel 0119853093 - fax 011 9853550  
e-mail [TOIC83800T@istruzione.it](mailto:TOIC83800T@istruzione.it)  
e-mail [TOIC83800T@pec.istruzione.it](mailto:TOIC83800T@pec.istruzione.it)  
[www.icvolvera.it](http://www.icvolvera.it)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di VOLVERA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'allievo/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che a seguito dell'infortunio subito dal/la proprio/a figlio/a in data \_\_\_\_\_ non ha  
ritenuto necessario recarsi al pronto soccorso.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

**Il genitore dell'alunno è tenuto obbligatoriamente il giorno immediatamente successivo  
all'infortunio, entro le ore 10:00, a consegnare personalmente la dichiarazione di cui sopra**