

**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
e-mail TOIC83800T@pec.istruzione.it
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**