

ALUNNI

**CONSEGNA REFERTO/CERTIFICATO
MEDICO INFORTUNIO**

MOD. A25

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"F. TOZZI" DI SIENA**

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

lavoratore come _____ presso l'I.C. n. 4 "Federigo Tozzi" di Siena

genitore dell'alunno _____ classe _____

Scuola _____

CONSEGNA

In data _____ alle ore _____

all'Ufficio Amministrativo dell'Istituto Comprensivo "Federigo Tozzi" la documentazione medica
relativa all'incidento occorso il giorno _____ .

Siena, _____

Firma _____