

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
LICEO SCIENTIFICO  
"DON CARLO LA MURA"  
ANGRI

**OGGETTO: CONSEGNA CERTIFICATO MEDICO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

PADRE/MADRE DELL'ALUNNO ..... NATO/A

A ..... IL .....

ISCRITTO/A ALLA CLASSE ..... SEZ. ....DI QUESTO ISTITUTO.

**CONSEGNA**

CERTIFICATO MEDICO

ASSENTE DAL ...../...../.....

AL ...../...../.....

Per un totale di giorni: .....

Angri, .....

FIRMA DEL GENITORE

.....