

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale "A. Moro"
Di Solbiate Olona (VA)

Il/La sottoscritt_____

Genitore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola
dell'Infanzia/Primaria/Secondaria 1° Grado _____ di

_____, dichiara di presentare il 1° certificato medico

Rilasciato dall'A.S.L. di _____ .

In fede

Solbiate Olona lì, ____/____/____