

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale "Michelangelo"  
CAGLIARI

**Oggetto: Denuncia Infortunio avvenuto il** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

madre/padre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dichiara di consegnare in data \_\_\_\_\_

- Certificato medico
- Referto dell' Ospedale
- Altra documentazione \_\_\_\_\_

Cagliari, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_