

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"MONTE GRAPPA"  
BUSSERO**

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

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso  plesso di via Di Vittorio classe \_\_\_\_\_  
 plesso di Santi - classe \_\_\_\_\_  
 plesso di Viale Europa - sezione \_\_\_\_\_

con contratto a tempo  INDETERMINATO  
 DETERMINATO

**DICHIARA**

Di consegnare agli atti della scuola la certificazione medica in data: \_\_\_\_\_

Con osservanza,

Data: \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**VISTO:**  **SI AUTORIZZA** il deposito degli atti della scuola della suddetta certificazione

**NON SI AUTORIZZA** il deposito degli atti della scuola della suddetta certificazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Monica Meroni