

**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