

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE KENNEDY OVEST 3</b>  di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado  Via Del Santellone, 4 – 25132 BRESCIA  Tel. 030/3738911 - 0308378596  C.M. BSIC887001-C.F. 98156720173  <a href="http://www.kennedyovest3.edu.it">www.kennedyovest3.edu.it</a>  <a href="mailto:bsic887001@istruzione.it">bsic887001@istruzione.it</a>; <a href="mailto:bsic887001@pec.istruzione.it">bsic887001@pec.istruzione.it</a></p>	
---	--	---

**Modulo 11- consegna certificato medico da infortunio**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Kennedy Ovest 3

Il/la sottoscritto/a.....padre/madre  
dell'alunno/a .....classe.....sez.....plesso.....

DICHIARA DI CONSEGNARE IN DATA ODIERNA

la certificazione medica dell'infortunio occorso in data.....

data .....

.....  
firma del Genitore