



**Istituto Comprensivo Statale "Vito De Blasi"**  
via Comm.re Daniele, 23 – 73034 GAGLIANO DEL CAPO (Lecce) tel./fax 0833.548495 -  
Sito web: [www.icgaglianodelcapo.edu.it](http://www.icgaglianodelcapo.edu.it) e- mail: [leic824003@istruzione.it](mailto:leic824003@istruzione.it)  
PEC: [leic824003@pec.istruzione.it](mailto:leic824003@pec.istruzione.it) Cod. Mecc. LEIC824003 - C.F. 90018370750

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IC "Vito de BLASI"  
GAGLIANO del Capo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Genitore/Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici (abitazione): \_\_\_\_\_  
(cellulare): \_\_\_\_\_  
Indirizzo email: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di consegnare in data odierna, il/i seguenti certificati (medici, ecc.):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Relativi alla \_\_\_\_\_ occorso dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_  
(malattia, infortunio, ecc.)

All'alunno/a \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_

Gagliano del Capo, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_