Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo

“S. Margherita” Messina

Il sottoscritto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Genitore/i

dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ di scuola ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INOLTRA

La seguente documentazione :

□ Verbale rilasciato dall’A.S.P. di appartenenza.

□ Diagnosi Funzionale rilasciato dall’A.S.P. di appartenenza.

□ Verbale Commissione Medica INPS

Messina \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma