Al Dirigente Scolastico
I.C. Castelnuovo di Garfagnana

Allegato 6_vers.1

DENUNCIA PER RISARCIMENTO SPESA GITA SCOLASTICA

DATI ALUNNO/A

COGNOME	NOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	CLASSE	PLESSO
RESIDENTE IN VIA:					
PATOLOGIA:					
GIORNI DI PROGNOSI/MALATTIA		DAL		AL	

DATI GENITORE

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	TELEFONO/MAIL

USCITA DIDATTICA A CUI L'ALUNNO/A NON HA POTUTO PARTECIPARE

DESTINAZIONE	DATA	IMPORTO PAGATO

Allegare copia del certificato medico con dettaglio patologia e giorno/i interessati.

Data Firma del genitore