

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'
STUDENTE MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il ____ / ____ /

residente a _____ Prov. _____

all'indirizzo _____ nr. civico

recapito telefonico _____ email

frequentante la classe ____ sez. ____ presso l'Istituto di Istruz. Sup. don Milani - Rovereto (TN)

DICHIARA

che con la presente solleva da ogni responsabilità l'Istituto di Istruz. Sup. don Milani di Rovereto
TN

per il rientro anticipato alle lezioni rispetto alla prognosi indicata nel certificato medico presentato.

LUOGO E DATA

FIRMA