

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO CLASSICO "G. CARDUCCI"
NOLA (Na)

Oggetto: Consegna documenti/certificati medici a.s 2025/26

Il/La sottoscritt _____
genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ Il _____ frequentante
la classe _____ sez. _____ del Liceo Classico/ Liceo delle Scienze Umane
anno scolastico 2025/26.

Consegna in data _____ n. _____ Documenti/ Certificati
Medici allegati alla presente.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Data _____

Firma