

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISS "Fiani Leccisotti"

Torremaggiore

OGGETTO: GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA SCOLASTICA SUPERIORE A CINQUE GIORNI.

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_

Genitore o chi esercita la potestà familiare dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

DICHIARA

che il proprio figlio/a, assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi di

o Salute (si allega certificato medica)

o Famiglia (motivazione: \_\_\_\_\_)

è in grado di riprendere l'attività scolastica dal giorno \_\_\_\_\_.

Data

Firma del genitore o di chi esercita la potestà familiare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B. La presente dichiarazione viene acquisita al registro di classe per gli usi consentiti dalla legge.