

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.