Istituto Comprensivo Statale Via Graf, 74 20157 MILANO
tel.0288448596 – fax/tel.0288448603
E-Mail:miic8af001@istruzione.it
Sito: http://www.ictrilussa.gov.it/

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: GIUSTIFICAZIONE DELLA ASSENZA SCOLASTICA
SUPERIORE A CINQUE GIORNI

Il sottoscritto_____
Cognome Nome del genitore

genitore (o chi esercita la patria potestà) dell'alunno _____ frequentante

la classe_____ del plesso _____

DICHIARA

che il proprio figlio, assente dal_____, per motivi di:

☐ salute ☐ famiglia

è in grado di riprendere l'attività scolastica a partire dal giorno _____

Data_____

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

_____

NB: La presente dichiarazione viene acquisita al registro di classe per gli usi consentiti dalla Legge