



ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN PAOLO DELLA CROCE"

Via San Paolo della Croce, 1/3

Tel.: 067910108 Fax: 067913000

E-mail: scuolasanpaolocp@tiscali.it

www.scuolasanpaolodellacroce.it

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

Oggetto: **autocertificazione assenza non dovuta a malattia**

Io sottoscritto _____ genitore dell'alunno /a _____

_____ frequentante la classe _____ della Scuola Materna /

Elementare / Media _____ comunico che mio/a figlio/a sarà **assente** dalle

lezioni nei giorni _____ per i seguenti motivi _____

_____. Trattandosi di una assenza non dovuta a malattia, chiedo

che l'alunno /a possa essere riammesso/a a Scuola il _____ senza esibire

il certificato medico.

NB: il presente modulo va consegnato all'insegnante 5 giorni prima dell'assenza programmata.

Data

IL GENITORE

=====