

Istituto Comprensivo Statale "M. G. CUTULI"
via Melizzano 94 – 00132 Roma

**COMUNICAZIONE PREVENTIVA PER EVENTUALI ASSENZE
PROGRAMMATE DALLE FAMIGLIE (Esenti da certificazione medica)
Assenze superiori a 5 giorni SC. PRIMARIA e SECONDARIA I GRADO
Assenze superiori a 3 giorni SC. INFANZIA**

Alunno/a
Frequentante la classe/sezione.....
<input type="checkbox"/> dell'infanzia
<input type="checkbox"/> della scuola primaria
<input type="checkbox"/> della scuola secondaria di primo grado

Il/la sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a sopra indicato/indicata, consapevole delle responsabilità civili, penali ed amministrative in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a sarà assente
dal al
per i seguenti motivi, non riconducibili a malattia o patologie da Covid-19:

CHIEDE, pertanto, di poter riprendere la frequenza scolastica dal giorno _____.

ROMA.....

Firma del genitore
