**ISTITUTO COMPRENSIVO POLIZIANO NOTE**

**Viale Morgagni, 22 - 50134 FIRENZE Da consegnare alla Scuola almeno 5 giorni**

**Tel. 055/4360165 – Fax 055/433209 prima dell'assenza.**

**mail: fiic85700l@istruzione.it**

**C.F. 94202800481**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSENZA ALUNNO/A SUPERIORE 5 GIORNI**

AI Dirigente Scolastico dell'I.C. Poliziano - Firenze

OGGETTO : Autocertificazione assenza alunno/ a superiore a 5 giorni

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di

genitore/tutore dell'alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,frequentante

la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Primaria Secondaria di primo grado,

Documento (tipo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da/dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e valido fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle

sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che il/la suddetto/a alunno/a sarà assente da Scuola

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compreso, complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(i giorni festivi immediatamente successivi o inclusi devono essere conteggiati), per la seguente motivazione:

Familiari

Accertamenti diagnostici

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, nel caso il periodo di assenza dovesse prolungarsi rispetto alla data indicata come termine, la riammissione a Scuola dell'alunno/a è subordinata alla presentazione del certificato medico da cui risulti che lo/la studente/ssa non è affetto/a da malattie contagiose e diffuse in atto .

Firenze, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_