

Prot. n. _____ / _____
(a cura dell'Ufficio)

Monopoli, _____

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"VITO INTINI"
70043 MONOPOLI (BA)

Ai DOCENTI
Classe _____ / Sez. _____
SCUOLA _____

Oggetto: Alunn _____.
Comunicazione anticipata di assenza dalle attività didattiche per
ragioni non imputabili a malattia.

__1__ sottoscritt__, _____, e
_____, genitor__
dell'alunn__ _____,
nat__ a _____ il _____, frequentante la
classe ____ sez. ____ della scuola _____ dipendente da
questa Istituzione Scolastica,

comunica

che __ 1 __ suddett__ alunn__ sarà assente dalle attività didattiche per un periodo
superiore a cinque giorni, per ragioni non imputabili a malattia e, per la precisione,
dal _____ al _____ .

Tale dichiarazione viene resa anticipatamente, ai fini della riammissione alla frequenza
delle attività didattiche in data _____, con esonero dalla presentazione di
certificazione medica.

Monopoli, _____

(firme)



Istituto Comprensivo "VITO INTINI"
Via Dieta, 2 - telefono e fax 080742610 - 080747072
Codice meccanografico BAIC875005 - Codice fiscale 93423420723
Codice Univoco Ufficio UFZFDS
e-mail: baic875005@istruzione.it - baic875005@pec.istruzione.it
<http://www.primoicmonopoli.edu.it>
70043 MONOPOLI (Bari)



Scuola Infanzia "Mons. C. Ferrari"
Viale A. Moro - 0809301634

Scuola Primaria "V. Intini"
Via Dieta - 080747072

Scuola Secondaria "V. Sofo"
Via Sant'Anna - 080802303

Prot. n° _____ / _____

Monopoli, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA l'istanza presentata dai genitori dell'alunno _____ ;
PRESO ATTO che, come specificato nella suddetta istanza, l'assenza che sarà
effettuata dall' _____ stess _____ , pur essendo superiore a giorni cinque, prescinde
da ragioni di salute che precludano la riammissione alla frequenza
scolastica se non dietro prescritta certificazione medica;

RIAMMETTE

alla frequenza delle attività didattiche l'alunno _____ in
data _____.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dr.ssa Liliana Camarda)

Per presa visione, i docenti di classe/sezione

