**ALLEGATO 1**

**RIENTRO A SCUOLA ALUNNI/E ASSENTI**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_( ), il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_( ), il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in **qualità di genitori** (esercenti la responsabilità genitoriale) **del minore** (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_\_\_della

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCUOLA INFANZIA** | **SCUOLA PRIMARIA** | **SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO** |
| □ VIA FERRENTINO□ VIA BERLINGUER□VIA CARMINE PAGANO□CASALI | □ VIA FERRENTINO□ VIA PONTE□ CASALI | □ |

Consapevoli delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**DICHIARANO**

sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per i motivi indicati

*(barrare la casella corrispondente)*

□ **periodi uguali o inferiori a 5(cinque) giorni (per motivi di famiglia)**

□ **periodi uguali o inferiori a 5(cinque) giorni (per motivi di malattia che non necessitano di certificazione medica per l’ammissione in classe es. malattie infettive )**

□ **periodi superiori a 5(cinque) giorni (per motivi di salute) (*allegare certificato medico)***

 □ **per motivi di famiglia COMUNICATI E CONCORDATI PREVENTIVAMENTE con i docenti e/o con l’Istituzione Scolastica (*comunicazione via mail indirizzata alla DS)***

Luogo e data I genitori (esercenti la responsabilità genitoriale)

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

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