Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo di Cicagna

ALUNNO/A _____

classe_____sez.___ ISCRITTO PRESSO LA SCUOLA STATALE

☐ **DELL'INFANZIA** ☐ **PRIMARIA** ☐ **SECONDARIA 1° GRADO**

DENOMINAZIONE:

_____

Il sottoscritto/a _____genitore dell'alunno/a in margine

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 20/10-1998, n. 403 che il/la proprio/a **figlio/a sarà assente dal _____ al _____ per i seguenti motivi:**

_____

_____

_____

_____

Cicagna, _____ _____

(firma)

La Dirigente Scolastica
Michela Maffei