

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo "N. Botta" di Cefalù**

Giustificazione assenza non preavvisata e non dovuta a malattia infettiva (da consegnare *brevi manu* al docente coordinatore di classe / responsabile di plesso per l'inoltro agli uffici di segreteria).

I sottoscritti _____ e _____

In qualità di genitori/tutori/affidatari

dell'alunno/a _____

frequentante il:

Plesso _____ Grado _____ Sezione _____

Classe _____

DICHIARANO

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 che l'alunno/a è stato/a assente da scuola dal __ / __ / 20__ al __ / __ / 20__ per complessivi n. __ giorni e per le seguenti esigenze indifferibili, del tutto estranee a malattia infettiva:

1. familiari di viaggio presso (*indicare la meta del viaggio*)

2. familiari di rientro presso il proprio paese di origine (*indicare il paese*)

3. personali, per controlli medici / visite specialistiche non correlate a malattia infettiva presso: (*indicare la struttura*)

4. Altro (*specificare*)

La presente comunicazione si trasmette per il seguito di competenza al dirigente scolastico, consapevoli che in caso di assenze superiori ai 6 giorni non preavvisate e non concordate con la scuola e comunque non correlate a malattia, i genitori/tutori/affidatari:

- **Sono consapevoli che assenze cumulate oltre il 25% del monte ore annuo di lezione personalizzato, che determinino l'impossibilità dei docenti del consiglio di classe di acquisire elementi di valutazione, comportano la non ammissione alla classe successiva.**

Firma dei genitori /tutori/affidatari
