



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA CAMPANIA

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE SCAFATI I**

Via S. Antonio Abate 84018 - SCAFATI - Telefono e Fax 0818631737

e-mail: [sae16100t@istruzione.it](mailto:sae16100t@istruzione.it);

pec: [sae16100t@pec.istruzione.it](mailto:sae16100t@pec.istruzione.it); sito web: <http://www.1circoloscafati.gov.it>

C.M. SAE16100T - C.F. 80033520653

Al Dirigente Scolastico  
Direzione Didattica SCAFATI I

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore dello studente \_\_\_\_\_ della scuola

- 
- consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,
  - consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che l'assenza del figlio da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è

avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute

.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_