



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;

pec: sae16100t@pec.istruzione.it; sito web: <http://www.1circoloscafati.gov.it>

C.M. SAEE16100T - 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
