

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Ostra

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ frequentante
nel corrente anno scolastico la classe/sezione _____ della scuola _____

in riferimento alla nota del Dirigente Medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Area
Vasta 2 del 22/09/2014

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/a sarà assente dalle lezioni dal _____ al _____
per i seguenti motivi:

Si impegna a produrre la dichiarazione sostitutiva di certificazione prima del rientro a scuola.

Data _____

Firma
