**Giustificazione assenza non preavvisata e non dovuta a malattia** *(da trasmettere da parte dei genitori / tutori /affidatari alla casella CSIC85800T**@istruzione.it* *o consegnare brevi manu al personale della segreteria scolastica o al docente coordinatore di classe*

*/ responsabile di plesso per l’inoltro alla scuola)*.

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:

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 in atto 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 7 giorni non preavvisate e non concordate con la scuola e comunque non correlate a malattia, i genitori/tutori/affidatari:*

* ***rispondono in via esclusiva dell’attivazione di precorsi di istruzione familiare, ovvero e ove previsto, di istruzione domiciliare o ospedaliera, di cui dovranno fornire documentazione al rientro a scuola****;*
* ***sono consapevoli che per la scuola di secondaria di primo e secondo grado le***
* ***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 valutazion, comportano la non ammissione alla classe successiva*** *.*

Firma dei genitori /tutori/affidatari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_