

**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

**SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO TITO LIVIO**

LARGO FERRANDINA A CHIAIA 3 - 80121 NAPOLI (NA)

Tel. Fax. 081400485 - Codice Fiscale: 80033420631 Codice Meccanografico: NAMM04900V E-mail [namm04900v@istruzione.it](mailto:namm04900v@istruzione.it)

**MODULO A - AUTOCERTIFICAZIONE PER ASSENZE A PARTIRE DA TRE GIORNI PER MOTIVI NON COVID CORRELAT**I

**Al Dirigente Scolastico**

**Della S.S.I.G. “Tito Livio”**

**Largo Ferrandina a Chiaia, 3 - 80121 NAPOLI**

**OGGETTO: Giustificazione assenza non dovuta a malattia** *(da trasmettere prima dell’assenza da parte dei genitori / tutori /affidatari/allievo alla casella* [namm04900@istruzione.it](mailto:namm04900@istruzione.it) ).

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore/affidatario dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante Classe \_\_\_\_\_\_\_\_ Sez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Ai sensi della normativa vigente** in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi e per gli effetti **del DPR n. 445/2000** che l’alunno/a sarà 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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Napoli, Firma del genitore /tutore/affidatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_