

AUTOCERTIFICAZIONE GIUSTIFICAZIONE ASSENZE ALUNNI

superiore ai 10 giorni e/o di accompagnamento di certificato medico

__L__ SOTTOSCRITT__ _____

NAT __ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N _____

DICHIARA

CHE __L__ PROPRI__ FIGLI__ _____

NAT __ A _____ IL _____

ISCRITT__ ALLA CLASSE _____ SEZ. _____

GIUSTIFICA L'ASSENZA DAL _____ AL _____

PER MALATTIA (ALLEGO CERTIFICATO MEDICO ED AUTODICHIARAZIONE)

PER MOTIVI NON COLLEGATI AL PROPRIO STATO DI SALUTE (ALLEGO AUTODICHIARAZIONE)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che i dati da me forniti in qualità di interessato/a saranno trattati nel rispetto dei principi generali di liceità e trasparenza per l'adempimento degli obblighi da parte del titolare del trattamento e che l'informativa estesa redatta ai sensi dell'art.13 del DPR 676/16 è stata pubblicata nella opportuna sezione dedicata alla privacy, del sito web della scuola all'indirizzo: www.scuolaguzzardi.edu.it.

ADRANO _____

FIRMA
