***AUTOCERTIFICAZIONE INIZIO ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell’I.C. “G. GALILEI” – SAN GIOVANNI T.**

La sottoscritta \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunna \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritta alla classe/sez. \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di

 Scuola Secondaria

 Scuola Primaria  L. Wojtyla  L. Wojtyla - P.za San Rocco

 Dragonara  Via Chieti

 Scuola dell’Infanzia  L. Wojtyla  V. V. Emanuele

 V. Di Nisio  Dragonara

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che la figlia è assente dalle lezioni il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di salute.

Luogo e data ……………., ………………………………………………………

Firma del genitore ……………………………………………………………