

*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Via Trionfale  
Via Trionfale 7333  
00135 Roma*

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_, iscritto presso la*

*Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_*

**DICHIARA**

*che il/la proprio/a figlio/a:*

*si assenterà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_*

*per motivi \_\_\_\_\_*

*Roma, \_\_\_\_\_*

*Firma*

\_\_\_\_\_

*\*Nel caso di assenza malattia superiore a 5 gg. si impegna a produrre certificazione medica per  
riammissione a scuola*