|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO STATALE D’ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE**“ G. B. NOVELLI ”**Liceo delle Scienze Umane - Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane opzione economico socialeIstituto Professionale Abbigliamento e Moda - Istituto Professionale per i Servizi Socio Sanitari Istituto Professionale Servizi per l’Enogastronomia e l’Ospitalità AlberghieraVia G.B. Novelli, N° 1 81025 **MARCIANISE** (CE**)**Codice Fiscale : 80102490614 **–** Distretto Scolastico n° 14Segr. Tel :0823/511909 – Fax 0823511834 VicedirigenzaTel :0823-580019 Tel Dirigente Scolastico : 0823/511863**E-mail :**ceis01100n@istruzione.it**E-mail certificata (PEC) :** ceis01100n@pec.istruzione.it**Sito Web :** [www.istitutonovelli.it](http://www.istitutonovelli.it) |  |

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ISISS “G.B. NOVELLI” DI MARCIANISE**

**ALLA DSGA**

**ALLA SEGRETERIA DIDATTICA**

**ALL’UFFICIO PROTOCOLLO**

**MODULO DI CONSEGNA ATTESTAZIONE /CERTIFICAZIONE GIUSTIFICATIVA DI ASSENZE EFFETTUATE PER MALATTIA O PER ALTRE TIPOLOGIE DI ASSENZE DEROGABILI**

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome e Nome genitore/tutore/affidatario)

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di

Genitore/tutore/affidatario dellostudente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*Cognome e Nome dello studente*)

iscritto e frequentante per l’a.s. 2023/2024 la classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di studi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CONSEGNA ALLA S.V.***

la attestazione/ certificazione relativa al proprio figlio atta a giustificare le assenze effettuate dal/la suddetto/a studente/ssa. Il genitore dichiara che dette assenze effettuate nel periodo dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono adducibili a motivi:

 malattia

 altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(specificare)*

**Alla presente si allega la seguente documentazione:**

1. Attestazione / Certificazione relativa al periodo di assenza dello studente

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma