



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
Città Metropolitana di Roma Capitale
SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA

Via F.lli Cervi, 24 – 00041 Albano Laziale
Tel. 06/9320908 – fax 06/9321022
E mail: comunicazioni.scuola@comune.albanolaziale.rm.it

COMUNICAZIONE ASSENZA NON PER MOTIVI DI SALUTE

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) Via _____ N° _____

In qualità di genitore/tutore del bambino _____

frequentante la sez. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

che mio figlio sarà assente da scuola dal giorno _____ al giorno _____

In fede, li _____

Il dichiarante

N.B. I genitori separati/divorziati o conviventi dovranno apporre entrambi la firma