



**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](mailto: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**