LICEO SCIENTIFICO STATALE GALILEO GALILEI POTENZA

ORDINAMENTO SCIENZE APPLICATE LICEO INTERNAZIONALE CAMBRIDGE
Via Anzio, 2 – 85100 POTENZA
sito web www.lsgalileipz.edu.it
PEC pzps040007@pec.istruzione.it
Tel. 0971441910 Fax 0971443752
email pzps040007@istruzione.it
C.M.PZPS040007 C.F.80004120764

LICEO SCIENTIFICO STATALE - "GALILEO GALILEI"-POTENZA
Prot. 0008103 del 08/10/2020
05 (Uscita)

Ai genitori ed agli studenti
Ai docenti coordinatori ed a tutti i docenti
Atti / Albo/ Sito web
SEDE

OGGETTO: Giustifica assenze collettive degli studenti

Si comunica che le assenze collettive degli studenti dovranno essere giustificate dai genitori il giorno successivo all'assenza stessa utilizzando l'apposito libretto allegando anche autocertificazione allegata alla presente. In mancanza di suddetta giustifica le assenze resteranno ingiustificate, con conseguente ripercussioni sul voto di condotta.

Si fa presente che i genitori si assumono la piena responsabilità di quanto dichiarato, ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Lucia GIROLAMO

u.v.p. c.c.

AUTODICHIARAZIONE A FIRMA DEI GENITORI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Liceo Scientifico "G. Galilei"
POTENZA

OGGETTO: Giustificazione assenza NON dovuta a malattia (da consegnare, per il tramite dell'alunno, al docente in servizio alla prima ora)

I sottoscritti_____ e _____
in qualità di genitori tutori affidatari dell'alunno/a _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____ di _____

DICHIARANO

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 che l'alunno/a è stato/a assente da scuola dal ___/___/20___ al ___/___/20___ per complessivi n. ____ giorni e per i seguenti motivi indifferibili, **del tutto estranei a malattia:**

1. motivi di isolamento domiciliare fiduciario per attesa esito diagnostico di una persona "contatto stretto" risultata negativa;
2. motivi familiari di viaggio presso (*indicare la meta del viaggio*) _____
3. motivi familiari di rientro dal proprio paese di origine (*indicare il paese*) _____
4. personali, per controlli medici/visite specialistiche non correlati a malattia in atto presso: (*indicare la struttura e il luogo*) _____
5. altro (*specificare*)

Firma dei genitori/tutori/affidatari

_____

_____