**DICHIARAZIONE DI ASSENZA PER MALATTIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore e/o tutore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso il 54° CD “M. Scherillo” di Napoli,

**DICHIARO**

che mio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è stato/a assente da scuola per motivi di salute dal giorno\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ al giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false, ai sensi del DPR del 28/12/2000, nr. 445, dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero.

Napoli, lì Firma