



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO "Enrico Gagliardi"

Settore Servizi - Indirizzi:

ENOGASTRONOMIA e OSPITALITA' ALBERGHIERA - AGRICOLTURA e SVILUPPO RURALE - SERVIZI COMMERCIALI

VVRH01050X: Corso Serale - VVRH01001G: Casa Circondariale

VVVC02000G: CONVITTO ANNESSO - Via Accademie Vibonesi - tel. 0963/376765

www.ipseoagagliardi.edu.it

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e

residente in _____

e la sottoscritta _____ nata a _____ il _____ e

residente in _____

in qualità di genitori (o titolari della responsabilità genitoriale, e/o tutori del minore) dello/a studente/ssa:

_____ nato/a a _____ il _____ e frequentante

la classe _____ sez. _____ dell'IPSEOA "E. Gagliardi"

DICHIARANO

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, che:

L'assenza del/della figlio/a dal _____ al _____

E' DOVUTA A MOTIVI _____

"Abolizione dell'obbligo di certificato medico per la riammissione a scuola". Art. 29 bis Legge Regionale Burc n.233 del 25/10/23

CHIEDONO

pertanto la riammissione presso codesto Istituto.

Il/La dichiarante _____ (Firma leggibile e per esteso)
(esercente la potestà genitoriale)

Il/La dichiarante _____ (Firma leggibile e per esteso)
(esercente la potestà genitoriale)

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la richiesta sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia condivisa.

Data _____