**MODULO RICHIESTA DEROGA AL LIMITE DI ASSENZA DEGLI ALUNNI**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto “Erasmo da Rotterdam”

BOLLATE

Il/la sottoscritto/a ………………………………. Genitore dell’alunno/a ……………………………….

frequentante la classe ………………………. sez ……….

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a possa beneficiare della deroga al limite massimo di assenze per la/e motivazione/i seguente/i (barrare le caselle interessate)

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVI DI SALUTE | |
|  | Ricoveri ospedalieri |
|  | Cure ricorrenti per patologie riconosciute da un medico dell’ASL |
|  | Visite mediche e day hospital |
|  | Patologie esantematiche riconosciute da un medico ASL |
|  | |
|  | Motivi personali |

Si allega la seguente documentazione giustificativa e/o relazione scritta della famiglia per situazioni personali.

1) …………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

2) …………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

3) …………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

4) …………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

5) …………………………………………………………………………………………………………..

.................................................................................................................................................

Data .…../……/…..…… Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_