

**Al Dirigente Scolastico**  
**Istituto Santa Dorotea**  
**Scuola Paritaria "Paola Frassinetti"**  
**Napoli**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola     infanzia     primaria

comunica

che l'alunno/a sarà assente da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi n. \_\_\_\_\_  
giorni e per esigenze indifferibili, del tutto estranee a malattia.

Napoli, \_\_\_\_\_  
*(data)*

Firma \_\_\_\_\_