**Al Dirigente Scolastico**

**dell'I.I.S. "T. Confalonieri" Largo G. C. CAPACCIO,5 84022 CAMPAGNA (SA)**

**OGGETTO: Giustificazione di assenza a Consiglio di Classe/Collegio**

**Docenti/Riunione di Dipartimento.**

**….l…. sottoscritt…. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**• In servizio presso questo Istituto in qualità di docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**• con contratto a tempo □ determinato □ indeterminato**

**COMUNICA**

**□ di non poter partecipare □ di non aver potuto partecipare**

**□ alla convocazione del Collegio Docenti**

**□ alla Riunione di Dipartimento**

**□ ai Consigli di Classe (classi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si allega:**

**□ certificato medico**

**□ attestato visita specialistica**

**□ altro**

**DATA FIRMA**