**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**