

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE
GALILEO GALILEI
AREZZO

OGGETTO: ASSENZA RIUNIONI COLLEGIALI.

Il/la sottoscritto/a _____
docente in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

che il giorno _____

di non partecipare dalle ore _____ alle ore _____

di partecipare solo dalle ore _____ alle ore _____

al:

CONSIGLIO DI CLASSE

COLLEGIO DOCENTI

RIUNIONE DI DIPARTIMENTO (classe di concorso _____)

ALTRA RIUNIONE (*specificare*) _____

per il seguente motivo:

VISITA MEDICA

MOTIVI FAMILIARI /PERSONALI

IMPEGNI SCOLASTICI IN ALTRA SEDE

A tal fine allega:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Arezzo, _____

Firma _____

=====

Visto:
IL VICARIO DEL DS

VISTO:
____ SI CONCEDE
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Alessandro ARTINI)