



## Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126

e-mail: [noic82900g@istruzione.it](mailto:noic82900g@istruzione.it) pec: noic82900g@pec.istruzione.it

Codice Ministeriale noic82900g - Codice Fiscale 94068640039

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

والدین / دیکھ بھال کرنے والوں

dell'alunn \_\_\_\_: \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

کلاس \_\_\_\_\_ alunn \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
sezione \_\_\_\_\_

یہ جواز غیر موجودگی کے بغیر اسکول کو پیش کیا گیا

دن \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

دن کی طرف سے: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ کرنے کے لئے: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

پر اس ودوت مکمل اور دستخط کئے شیٹ کو واپس کریں undersideتو

scolastico \_\_\_\_\_ اور تاریخ \_\_\_\_\_، \_\_\_\_\_ ایگزیکٹو

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara کہ alunn \_\_\_\_\_  
(صاحب کا نام)

نام اور طالب علم کے نام

اسباق سے غائب ہے stat \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

دن \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

دن کی طرف سے: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ کرنے کے لئے: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

درج ذیل وجہ کے لئے: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_

Urdu Italiano Richiesta di giustificazione di assenza

والدین کے دستخط \_\_\_\_\_

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunn\_\_ : \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Si informa che l'alunn\_\_ : \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

si è presentato a scuola senza giustificazione dell'assenza

del giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dei giorni: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si prega pertanto di restituire questo foglio debitamente compilato e firmato nella parte sottostante

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che l'alunn\_\_  
(nome e cognome del genitor)

\_\_\_\_\_  
nome e cognome dell'alunno

della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ è stat\_\_ assente dalle lezioni

del giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dei giorni: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

e allega alla presente il certificato del medico curante

Data \_\_\_\_\_

Firma

Firma del genitore \_\_\_\_\_