



**ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE "F.lli Costa Azara" -**  
Liceo Scientifico/I.P.S.A.S.R. Sorgono - I.T.C. Aritzo - I.T.I. Tonara - I.P.S.S.C.T.A. Desulo  
Corso IV Novembre 114 - 08038 - **SORGONO** - tel. 0784621001 fax 0784621136  
C.Mecc. NUIS01200G - C.F. **81002630911** - P.iva **01106990912**  
email: [nuis01200g@istruzione.it](mailto:nuis01200g@istruzione.it) ; PEC: [nuis01200g@pec.istruzione.it](mailto:nuis01200g@pec.istruzione.it)  
<http://www.istitutosuperioresorgono.gov.it/>



**Prof. Nigri Vincenzo**  
**Prof. Peddes Angelo**  
**Prof. Forma Antonio**  
**Prof. Tesi Emiliano**  
**Prof. Salvai Luisa**  
**Prof. Zedde Maristella**  
**Prof. Tarantini Elisabetta**  
**Prof. Tatti Gianluca**  
**Prof. Ariu Pina**  
**Prof. Cuccui Mariangela**  
**Prof. Zanda Franco**  
**Prof. Abis Anna**  
**ALBO**  
**ATTI**

#### **CIRCOLARE N. 41**

#### **Oggetto: Convocazione Commissione PTOF**

La commissione PTOF è convocata, in modalità on line sulla piattaforma Teams, venerdì 9 ottobre 2020, dalle ore 15.30 alle ore 17.30, per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Aggiornamento PTOF a.s. 2020/2021

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Luca Tedde  
Documento firmato digitalmente

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MALATTIA INFERIORE A 5 GIORNI  
ALUNNI MINORENNI**

Al dirigente scolastico  
I.I.S. F.lli Costa Azara

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_  
per motivi di salute dovuti a sintomi influenzali (febbre, tosse, raffreddore)

DICHIARA

Inoltre che in data \_\_\_\_\_ è stato consultato il pediatra/medico.

Data

Firma

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MALATTIA INFERIORE A 5 GIORNI  
ALUNNI MAGGIORENNI**

Al dirigente scolastico  
I.I.S. F.lli Costa Azara

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ alunno della classe \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere stato assente da scuola dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per motivi di  
salute dovuti a sintomi influenzali (febbre, tosse, raffreddore)

DICHIARA

Inoltre che in data \_\_\_\_\_ ha consultato il pediatra/medico.

Data

Firma