Al Dirigente scolastico dell’I.C. Bozzini Fasani   
Lucera (FG)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Segnalazione di elusione dell’obbligo di istruzione ai sensi della Legge n. 159 del 13.11.2023 (conversione D.L. n. 123 del 15.09.2023, c.d. “Decreto Caivano”)** | | | | | |
| **Dati dell’Istituzione scolastica** | | | | | |
| Denominazione | |  | | | |
| Indirizzo | |  | | | |
| Comune | |  | | | |
| **Informazioni sull’alunno** | | | | | |
| Nome | |  | | | |
| Cognome | |  | | | |
| Codice fiscale | |  | | | |
| Luogo di nascita | |  | Data di nascita |  | |
| Comune di residenza | |  | Cittadinanza |  | |
| Indirizzo di residenza | |  | | | |
| Classe | |  | Sezione |  | |
| Grado d’istruzione | | Scegliere un elemento. | Alunno con disabilità | Si | No |
| **Informazioni sui genitori o altri soggetti responsabili dell'adempimento dell'obbligo di istruzione (r.o.d.i.)** | | | | | |
| genitore/r.o.d.i. | Nome |  | | | |
| Cognome |  | | | |
| Luogo di nascita |  | Data di nascita |  | |
| Indirizzo |  | | | |
| Recapito tel. |  | | | |
| genitore/r.o.d.i. | Nome |  | | | |
| Cognome |  | | | |
| Luogo di nascita |  | Data di nascita |  | |
| Indirizzo |  | | | |
| Recapito tel. |  | | | |
| **Dettagli sulla segnalazione** | | | | | |
| Tipologia | | alunno assente da scuola per più di quindici giorni, anche non consecutivi, nel corso di tre mesi, senza giustificati motivi  mancata frequenza di almeno un quarto del monte ore annuale personalizzato senza giustificati motivi | | | |
| Numero di assenze ingiustificate | |  | Alunno assente dall’inizio dell’a.s. | Si | No |
| Date delle assenze ingiustificate | |  | | | |
| **Informazioni sul percorso scolastico dell'alunno** | | | | | |
| Lo studente è stato segnalato per il mancato adempimento dell’obbligo di istruzione nell’a.s. precedente | | | | Si | No |
| Lo studente è stato segnalato per il mancato adempimento dell’obbligo di istruzione nell’a.s. corrente | | | | Si | No |
| Lo studente è stato precedentemente segnalato ai servizi sociali | | | | Si | No |
| Eventuali interventi posti in essere dagli assistenti sociali | |  | | | |
| **Comunicazione ai soggetti responsabili dell'adempimento dell'obbligo di istruzione** | | | | | |
| Data comunicazione | |  | | | |
| In caso di mancata comunicazione, indicare i motivi | |  | | | |
| Interventi messi in atto | |  | | | |
| **Eventuali informazioni su altri minori nello stesso nucleo familiare** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Ulteriori informazioni ritenute utili** | | | | | |
|  | | | | | |

Luogo, data Il Docente/Coordinatore di classe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_