

Al Dirigente Scolastico

IC "Cittadella – Margherita Hack"

OGGETTO: **Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente oltre l'orario ordinario per necessità di terapie mediche**

Il Sig. _____

E la Sig.ra _____

Cognome e Nome genitori/tutori

Genitori/tutori dell'alunno/a

_____ frequentante la classe _____
Cognome e Nome alunno/a

della Scuola: Secondaria I grado Primaria "Faiani" Primaria "Antognini"

CHIEDONO

che il/la propri... figli... possa (*barrare la scelta che interessa*)

entrare posticipatamente alle ore

uscire anticipatamente alle ore

uscire alle ore e rientrare alle ore

per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

.....

.....

dal al Ovvero per l'intero anno scolastico

Si allega attestazione medica con l'indicazione dei giorni ed orari delle terapie.

Tuogo e data

firma leggibile

firma leggibile

Visto, si autorizza:

Ancona, _____ -

Il Dirigente Scolastico
