Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Omnicomprensivo
di San Ginesio

Oggetto:richiesta entrata posticipata per terapie

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

della scuola _____ di _____ per l'a.s. _____,

CHIEDE

Il permesso per l'entrata posticipata dal _____ al _____ o per l'intero anno scolastico nei seguenti giorni e orari (segnare con una x il/i giorno/i e indicare l'orario di entrata richiesta)

GIORNO		ORARIO DI ENTRATA
☐	LUNEDÌ	
☐	MARTEDÌ	
☐	MERCOLEDÌ	
☐	GIOVEDÌ	
☐	VENERDÌ	
☐	SABATO	

Per i motivi di seguito specificati:

_____

e a tal fine allega:

☐Certificazione o dichiarazione attestante la necessità per motivi di salute o terapie

☐Altro (specificare)

_____

Luogo, Data _____ Firma del genitore

_____

☐Si autorizza

☐Non si autorizza

La Dirigente

Prof.ssa Brigida Cristallo