Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Omnicomprensivo di San Ginesio

Oggetto: Richiesta uscita anticipata 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 di uscita anticipata dal _____ al _____ o per l'intero anno scolastico nei seguenti giorni e orari (segnare con una x il/i giorno/i e indicare l'0rario di uscita richiesta)

	GIORNO	**ORARIO DI USCITA**
☐	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