

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di Colmurano**

**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
<input type="checkbox"/>	LUNEDÌ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MARTEDÌ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MERCOLEDÌ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	GIOVEDÌ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	VENERDÌ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	SABATO	<input type="text"/>

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

Il Dirigente  
*Prof. Simone Cartuccia*