

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

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'orario di uscita richiesta)

	GIORNO	ORARIO DI USCITA
<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