

Alla Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lucia Chiara Vitale  
ICS Como Albate

**Oggetto: richiesta entrata posticipata e/o uscita anticipata per motivi di salute e/o terapie.**

Il/La sottoscritto/a   
genitore/tutore dell'alunno/a   
classe/sezione

plesso scolastico

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Scuola dell'Infanzia di Trecallo  | <input type="radio"/> Scuola dell'Infanzia di via Acquanera    |
| <input type="radio"/> Scuola Primaria "Birago" (Albate) | <input type="radio"/> Scuola Primaria "Picchi" (via Acquanera) |
| <input type="radio"/> Scuola Primaria "Kolbe" (Muggiò)  | <input type="radio"/> Scuola Secondaria di 1° grado "Marconi"  |

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a possa:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> ENTRARE ALLE ORE <input type="text"/> | NEI GIORNI <input type="text"/>           |
| <input type="radio"/> USCIRE ALLE ORE <input type="text"/>  | NEI GIORNI <input type="text"/>           |
| <input type="radio"/> USCIRE ALLE ORE <input type="text"/>  | E RIENTRARE ALLE ORE <input type="text"/> |
|   | NEI GIORNI <input type="text"/>           |

DAL  AL   INTERO ANNO SCOLASTICO

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

**Si allega certificato medico e/o attestato del Centro Riabilitativo con indicazione dei giorni e dell'orario di terapia.**

Como,

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore richiedente

email:

- SI AUTORIZZA  
 NON SI AUTORIZZA

Como,

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Lucia Chiara Vitale