

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