

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

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a possa:

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

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