Al Dirigente Scolastico

 dell’ I.C. 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/sez …………………….

PLESSO SCOLASTICO:

□ scuola dell’infanzia di Trecallo □ scuola dell’infanzia di V. Acquanera

□ scuola primaria D. Birago/Albate □ scuola primaria L. Picchi/V. Acquanera

□ scuola primaria M. Kolbe/Muggiò □ scuola secondaria di I° gr. G. Marconi

**C H I E D E**

che il proprio/a figlio/a possa:

□ ENTRARE ALLE ORE ………… NEI GIORNI ……………………….. ……………………….… …………………………

□ USCIRE ALLE ORE ………… NEI GIORNI ……………………….. ………………………… ………………………..

□ USCIRE ALLE ORE ………… E RIENTRARE ALLE ORE ……………………….

 NEI GIORNI ……………………….. ………………………… ………………………..

DAL ………………………… AL ……………………………….. □ INTERO ANNO SCOLASTICO …………../……………..

PER IL SEGUENTE MOTIVO: ……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(**Si allega certificato medico e/o attestazione del Centro Riabilitativo con indicazione dei giorni e dell’orario di terapia).**

Como, …………………………………… ………………………………………………………………………

 Firma del genitore richiedente

  **EMAIL: ……………………………………………………………………………………………………**

 (chiara e leggibile)

===================================================================================================================

□ SI AUTORIZZA

□ NON SI AUTORIZZA

Como, ……………………………………

 Il dirigente scolastico