

Oggetto: richiesta entrata posticipata per terapie

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
della scuola _____ di _____ per l'a.s. 202 __/202 __,

CHIEDE

Il permesso per l'entrata posticipata 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 entrata richiesta)

	GIORNO	ORARIO DI ENTRATA
	LUNEDI'	
	MARTEDI'	
	MERCOLEDI'	
	GIOVEDI'	
	VENERDI'	
	SABATO	

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*