AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
" ***Via dell'Aeroporto"***
Viale San Giovanni Bosco, 125
ROMA

OGGETTO: **Richiesta uscita anticipata / entrata posticipata**

_ l_ sottoscitt_ _____

Genitore dell'alunno/a _____frequentante la classe/sez. ____ del____

Plesso_____

CHIEDE

l'entrata posticipata **l' uscita anticipata**

- Lunedì dalle ore _____ alle ore _____, dal _____ al _____

- Martedì dalle ore _____ alle ore _____, dal _____ al _____

- Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____, dal _____ al _____

- Giovedì dalle ore _____ alle ore_____, dal _____ al _____

- Venerdì dalle ore _____ alle ore _____, dal _____ al _____

L'alunno rientrerà a scuola dopo la terapia SI NO

Si allega:
- certificazione medica
Si ringrazia

Roma, _____

Firma

_____