MODELLO D

RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PERIODICA O PERMANENTE PER NECESSITÀ DI TERAPIE MEDICHE

AL DIRIGENTE
SCOLASTICO IC
LORENZO LOTTO
MONTE SAN GIUSTO

OGGETTO: Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente oltre l'orario ordinario per necessità di terapie mediche.

Il/La Sig./ra_____, genitore dell'alunno da prelevare
Cognome Nome

_____frequentante la classe _____
[Cognome e Nome alunno/a]

della Scuola: ❑ Secondaria I Grado - ❑ Primaria - ❑ Infanzia _____

che il/la proprio/a figlio/a possa *(barrare la scelta che interessa)*

❑ entrare posticipatamente alle ore _____

❑ uscire anticipatamente alle ore _____

❑ uscire alle ore _____ e rientrare alle ore _____

per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

_____
_____
_____

❑ dal _____ al _____ Ovvero ❑ per l'intero anno scolastico.

Si allega attestazione medica con l'indicazione dei giorni ed orari delle terapie.

_____ _____
luogo e data *firma leggibile*

Monte San Giusto, _____

Visto, si autorizza:
Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Alessandra Albucci)

,

IL PRESENTE MODELLO E L'ATTESTATO DELLA STRUTTURA MEDICA/SANITARIA VANNO CONSEGNATI IN SEGRETERIA