

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"ELSA MORANTE"
Roma

Oggetto: richiesta uscita anticipata alunno/a per terapia.

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a
_____ della classe/sezione _____

Della Scuola _____ dell'Istituto Comprensivo "E.
Morante" Roma

CHIEDE

di far uscire, il/la suddetto/a alunno/a nel/nei giorno/i

di _____ alle ore _____

nel periodo dal _____ al _____

per poter effettuare terapia.

Data

Firma

Si allega:

Certificato operatore ASL

Visto: si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Marco SCICCHITANO