AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

“G. CARDUCCI” LEGNANO

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per entrata e/o uscita periodica o permanente per necessità di terapia medica.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso: CARDUCCI 🞏 TOSCANINI 🞏 DELEDDA 🞏 RITA LEVI MONTALCINI 🞏

Chiede l’autorizzazione per entrare e/o uscire per eseguire terapia medica, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ESCE ALLE | RIENTRA ALLE |  | ENTRATA POSTICIPATA ALLE | USCITA ANTICIPATA ALLE |
| LUNEDÌ |  |  | LUNEDÌ |  |  |
| MARTEDÌ |  |  | MARTEDÌ |  |  |
| MERCOLEDÌ |  |  | MERCOLEDÌ |  |  |
| GIOVEDÌ |  |  | GIOVEDÌ |  |  |
| VENERDÌ |  |  | VENERDÌ |  |  |

🞏 per l’intero anno scolastico

🞏 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare date)

Si allega attestazione medica con l’indicazione dei giorni e orari delle terapie.

Firma

Legnano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico IC “CARDUCCI” – Legnano

* Autorizza
* Non autorizza per i seguenti motivi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Dirigente Scolastico

Legnano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_