Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Via Trieste 21
TURBIGO

Oggetto: richiesta permessi per terapie

Il/La sottoscritto/a ____

genitore/tutore dell'alunno/a ____

nato/a a ______________________________________ il ____________________

frequentante nell'a.s. ____________ la classe ______________ della sezione ________________

nella scuola ☐ dell'infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di ☐ Robecchetto ☐ Turbigo

CHIEDE

che il proprio figlio possa uscire da scuola come sotto indicato

☐ lunedì dalle ore __________ alle ore ____________

☐ martedì dalle ore __________ alle ore ____________

☐ mercoledì dalle ore __________ alle ore ____________

☐ giovedì dalle ore __________ alle ore ____________

☐ venerdì dalle ore __________ alle ore ____________

per essere sottoposto a terapia presso ______________________ di ______________________.
indicare ente *indicare luogo*

Firma del responsabile dell'obbligo scolastico

Data ______________________ ______________________________

^^

VISTO ☐ si autorizza

☐ non si autorizza Firma del Dirigente scolastico

____