

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Barzanò
Via Leonardo da Vinci, 22
23891 Barzanò (LC)

OGGETTO: Richiesta di permessi per terapie

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____, iscritto/a presso questo Istituto
nell'anno scolastico _____ alla classe _____ sez. _____

- ☐ della scuola dell'infanzia,
- ☐ della scuola primaria del Comune di _____,
- ☐ della scuola secondaria di I grado,

C H I E D E

- ☐ l'entrata posticipata a scuola alle ore _____ nelle giornate di _____
- ☐ l'uscita anticipata da scuola alle ore _____ nelle giornate di _____
- ☐ il rientro a scuola alle ore _____ nelle giornate di _____

per permettere al/alla proprio/a figlio/a l'effettuazione di terapie specialistiche, come attestato nella
certificazione allegata, fino al giorno _____.

Data _____

Firma
