

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII"
Via L. da Vinci, 5
20842 Besana in Brianza (MB)

OGGETTO: PERMESSO PER TERAPIE

Il sottoscritto/a genitore _____
dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
iscritto/a alla classe _____ sez. _____ della scuola

- dell'infanzia "Piero e Lucille Corti"
- primaria "Don Gnocchi" (Besana capoluogo)
- primaria "Renzo Pezzani" (Villa Raverio)
- secondaria di I grado "Aldo Moro"

CHIEDE

per il/la proprio/a figlio/a

- l'entrata posticipata alle ore _____ per il/i giorno/i _____
- l'uscita anticipata alle ore _____ per il/i giorno/i _____
- l'eventuale rientro alle ore _____ per il/i giorno/i _____

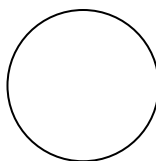
per poter effettuare le terapie indicate nell'allegata certificazione.

Besana in Brianza, _____
(data)

FIRMA DEL GENITORE

(riservato alla segreteria)

Visto, si autorizza.



Il Dirigente Scolastico
dr.ssa Elisabetta Biraghi