

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Fiano
Via Giustiniani, 20
00065 Fiano Romano

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

iscritto/a alla classe _____ sezione _____ della Scuola _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla

uscita anticipata alle ore _____ nei giorni _____

dal _____ al _____

entrata posticipata alle ore _____ nei giorni _____

dal _____ al _____

finalizzata alla terapia di cui si allega **certificazione medica**.

Fiano Romano, _____

Firma del genitore _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA