

RICHIESTA DI RITARDO ENTRATA/ ANTICIPO USCITA PER TERAPIA

**Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale n.2 "Giovanni Paolo II"
Via Torrente Forno, 58 Capo d'Orlando**

I sottoscritti _____ genitori

dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

frequentante nell'anno scolastico _____ la classe _____ sezione _____

Scuola dell'Infanzia plesso di:

Vina Furriolo Piscittina Scafa S. Lucia

Scuola Primaria plesso di:

Vina Furriolo Piscittina S. Lucia

Scuola Secondaria di Primo Grado

CHIEDONO

che il/la proprio figlio/a per i motivi di seguito elencati nei seguenti giorni e orari:

possa entrare posticipatamente

possa uscire anticipatamente

(barrare solo le caselle d'Interesse)

lunedì ore _____

martedì ore _____

mercoledì ore _____

giovedì ore _____

venerdì ore _____

La presente richiesta è relativa al periodo che va dal _____ al _____

Si comunica che nei suddetti giorni l'alunno/a sarà accompagnato/a da: _____

Si allega:

certificazione sanitaria

altra certificazione

Firma dei genitori

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rita Troiani**