



Istituto Comprensivo "G. Rovani"



Via Marconi, 44 20099 Sesto San Giovanni – MI Tel: 023658321
e- mail: miic8az009@istruzione.it sito: www.rovani.edu.it posta certificata: miic8az009@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. " G. ROVANI"
Sesto San Giovanni

OGGETTO: **Richiesta uscita anticipata-ingresso posticipato per terapia**

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDE

☐ **l'uscita anticipata** del proprio figlio/a nei giorni e negli orari sottoindicati:

il giornoalle ore; con rientro alle ore; senza
rientro ☐

il giornoalle ore; con rientro alle ore; senza
rientro ☐

il giornoalle ore; con rientro alle ore; senza
rientro ☐

☐ **l'ingresso posticipato** del proprio figlio/a nei giorni e negli orari sottoindicati:

il giornoalle ore

il giornoalle ore

il giornoalle ore

Per motivi di terapia come da certificazione allegata

Firma

Sesto San Giovanni ____/____/____
