

Al Dirigente Scolastico
Scuola Regina Angelorum

ROMA

OGGETTO: Richiesta entrata posticipata/uscita anticipata per terapia.

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____

Frequentante la sezione/classe _____ Scuola Infanzia/Scuola Primaria _____

CHIEDE

per l'anno scolastico _____, l'autorizzazione per l'entrata posticipata/uscita anticipata negli orari sotto indicati, per far svolgere la terapia al proprio figlio nel periodo dal _____ al _____ o fino a fine terapia, come da certificato allegato:

LUNEDI': entrata alle ore _____ uscita alle ore __

MARTEDI': entrata alle ore _____ uscita alle ore __

MERCOLEDI': entrata alle ore _____ uscita alle ore __

GIOVEDI': entrata alle ore _____ uscita alle ore __

VENERDI': entrata alle ore _____ uscita alle ore __

Roma, _____

IL GENITORE

Visto si autorizza

Il Dirigente Scolastico