

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' I.C. MARIA GRAZIA CUTULI

Io sottoscritto _____, genitore dell'alunno
_____ frequentante la class/sez. _____

della SC. INFANZIA SC. PRIMARIA SC. SECONDARIA

CHIEDO l'autorizzazione

ad entrare posticipatamente nei seguenti giorni

_____ alle ore _____

_____ alle ore _____

_____ alle ore _____

ad uscire anticipatamente nei seguenti giorni

_____ alle ore _____

_____ alle ore _____

_____ alle ore _____

per effettuazione terapie.

Si allega certificazione Centro Riabilitazione.

Roma, ____/____/____

FIRMA
