

Al Dirigente Scolastico
I.C. L Da Vinci
Cesano Boscone (MI)

Cesano Boscone, li _____

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSI PER TERAPIE

Io sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____ iscritto/a alla
classe _____ sez _____ plesso _____

CHIEDO

l'autorizzazione alle entrate/uscite sotto indicate, come da documentazione allegata

giorno _____ entrata alle ore _____ uscita alle ore _____ rientro ore _____ *

giorno _____ entrata alle ore _____ uscita alle ore _____ rientro ore _____ *

giorno _____ entrata alle ore _____ uscita alle ore _____ rientro ore _____ *

per la durata di gg. _____

Firma de genitore

* tener conto del tempo di percorrenza da/per il luogo dove si effettua la terapia.