

Oggetto: Modello entrata posticipata / uscita anticipata per cure.

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
_____, frequentante la classe _____ sez.
_____ del Plesso _____

COMUNICA

Alla S.V. che il/la proprii __ figli __ ha la necessità di svolgere attività di terapia in orario scolastico, nei giorni

Lunedì dalle ore _____ alle ore _____

Martedì dalle ore _____ alle ore _____

Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____

Giovedì dalle ore _____ alle ore _____

Venerdì dalle ore _____ alle ore _____

e pertanto

CHIEDE

L'autorizzazione a:

- Entrata posticipata dell'alunno/a alle ore _____ per tutto l'anno scolastico _____
- Entrata posticipata dell'alunno/a alle ore _____ per il periodo che va dal giorno _____ al giorno _____;
- Uscita anticipata dell'alunno/a alle ore _____ e rientro alle ore _____
- Uscita anticipata dell'alunno/a alle ore _____

Cosenza, _____
Cellulare _____

Il genitore



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Unione Europea



Istituto Comprensivo GULLO COSENZA IV
Via Popilia - COSENZA



REGIONE CALABRIA

Il Dirigente Scolastico

VISTA la richiesta dei genitori,
RITENUTE valide le motivazioni addotte;
CONCEDE l'autorizzazione di cui sopra



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Rosa Maria Paola Ferraro

firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2, D.Lgs 39/93