Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
della Val Nure

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____ di

_____

COMUNICA CHE

Il/la proprio/a figlio/a nel corso dell'anno scolastico, necessità di sedute terapeutiche nel modo che segue:

GIORNO	ORARIO	TERAPIA/SEDE

Pertanto **chiede** l'autorizzazione a far uscire il/la proprio/a figlio/a alle ore _____ nei giorni

_____

fino a nuova comunicazione o comunque fino al termine dell'anno scolastico.

Si allega a tale scopo opportuna documentazione.

Luogo e data _____

Firma

_____

****

Visto: _____ autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Alberto Mariani