

Al Dirigente Scolastico
IC Paderno Dugnano via Manzoni

Il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a

_____, classe _____, plesso _____

chiede

di poter entrare/uscire il/la proprio/a figlio/a

• nel giorno _____ dalle ore _____, alle ore _____

• nel giorno _____ dalle ore _____, alle ore _____

per effettuare la seguente terapia: _____

presso _____, come da documentazione allegata.

Luogo e data _____

Firma
