

Oggetto: Richiesta permesso di anticipata e assenza per effettuare terapia.

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a
_____ della classe/sezione _____
dell'Istituto Comprensivo Ic Don Milani-Linguiti plesso _____

CHIEDE

- Di far uscire l' alunno/a _____

Nei giorni _____ alle ore _____

Nei giorni _____ alle ore _____

Nei giorni _____ alle ore _____

per poter effettuare terapia presso il Centro _____

Data _____

Firma genitori

Si allega:

Certificato operatore ASL o Centro Convenzionato/Privato

Visto: si autorizza