

RICHIESTA ENTRATA POSTICIPATA RICHIESTA USCITA ANTICIPATA

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Classe _____ sez. _____

☐ primaria ☐ infanzia

☐ secondaria 1° grado

CHIEDE

☐ **ENTRATA POSTICIPATA**

- L'autorizzazione all'entrata posticipata dalle lezioni nei giorni di:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

alle ore _____

per un periodo di _____

per i seguenti motivi _____

☐ Allego fotocopia del documento.

☐ Allego certificato medico

☐ **USCITA ANTICIPATA**

- L'autorizzazione all'uscita anticipata dalle lezioni nei giorni di:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

alle ore _____

per un periodo di _____

per i seguenti motivi _____

☐ Allego fotocopia del documento.

☐ Allego certificato medico

ROMA _____

FIRMA _____

☐ AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Erika Lombardi)