

**RICHIESTA ENTRATA/USCITA ANTICIPATA/POSTICIPATA
PER TERAPIE**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "R. F. EVOLA"
BALESTRATE**

Il/La sottoscritt_ _____

dell'alunn_ _____

classe____sez. ____della Scuola_____

Del plesso_____

CHIEDE

L'autorizzazione a che il proprio figli_ _____
possa **entrare/uscire anticipatamente/posticipatamente** per poter effettuare
le sedute di terapia previste nel piano terapeutico allegato.

Delega il/la Sig./Sig.ra a **portare/prelevare** il/la propri_ figli_

Piano entrate/uscite:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Cert_ di un suo favorevole riscontro porgo distinti saluti.

LUOGO E DATA

Firma del genitore