

Milano ____/____/____

Al Dirigente Scolastico

Dell'I.C.S. "Pisacane e Poerio"

Via Pisacane,9

Il / la sottoscritt_

_____genitore dell'alunn_____

_____della classe_____

chiede l'autorizzazione

affinchè il / la propri__figlio/a possa usufruire dei seguenti permessi orari:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

come già indicato nel certificato medico allegato alla presente richiesta.

Durata dal _____ al _____

Distinti saluti. _____ Firma_____

Vista la suddetta richiesta SI AUTORIZZA quanto richiesto

Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Marcella Palma)

Copia per: ☐ il/la richiedente

☐ all'insegnante della classe

☐ al collaboratore entrata plesso