



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia - Ufficio Scolastico Territoriale di Milano
Istituto Comprensivo Statale "Don Bosco"
 Via Palestro, 48 - 20010 Inveruno - (MI) - **MIIC84100N**
 Codice univoco fattura elettronica **UFL4AY** - C.F. 86005010151
 Tel. 02 9787585 - C.C.P. n. 10506202
 www.icinveruno.edu.it - miic84100n@pec.istruzione.it - miic84100n@istruzione.it



RICHIESTA DI ENTRATA/USCITA PERIODICA O PERMANENTE FUORI ORARIO PER TERAPIA

Il sottoscritto

Cognome	Nome
-------------------------	----------------------

Genitore/Tutore dell'alunno

Cognome	Nome		
Scuola	Classe	Sez.	Anno scolastico 202.../202...

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa (barrare la scelta di interesse):

- entrare posticipatamente alle ore
- uscire anticipatamente alle ore
- uscire alle ore e rientrare alle ore

per eseguire terapie mediche, nei giorni di seguito indicati:

.....

- dal al.....
- per l'intero anno scolastico

Si allega attestazione medica con l'indicazione dei giorni ed orari delle terapie.

Data

Firma del Genitore / Tutore dell'alunno

.....
-------	-------