

P E S C A R A

Il/La sottoscritt _____, padre/madre dell'alunn _____
_____, nat ____ a _____
il _____ frequentante la classe ____ sez. ____ di Codesto Istituto della:
Scuola Primaria _____
Scuola Secondaria di 1° Grado), nell'a.s.20__/20__,

C H I E D E

che ____ l ____ propri ____ figli ____ possa usufruire dell'uso dell'ascensore per gg. _____
dal _____ al _____. in quanto affett ____ da
_____.

Chiede inoltre che ____ l ____ stess ____ possa entrare 5 minuti prima dell'inizio delle lezioni
ed uscire 5 minuti prima del termine delle lezioni .

Allega: certificato medico del _____.

Pescara, li ____ / ____ /202__

(Parte riservata alla scuola)

VISTO: SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Valeriana LANARO

Per ricevuta copia:

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____