Roma _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
MARIA MONTESSORI

Oggetto : richiesta permesso permanente terapie esterne anno scolastico _____

Alunno/a _____ _____classe/sezione_____

Si richiede permesso permanente

ENTRATA

Giorni _____/_____/_____/_____/_____/

Orario _____/_____/_____/_____/_____/

Si richiede permesso permanente

USCITA

Giorni _____/_____/_____/_____/_____

Orario _____/_____/_____/_____/_____/

FIRMA GENITORE/TUTORE

_____

ALLEGA CERTIFICAZIONE _____

_____

VISTA la richiesta; considerata la documentazione e/ o i motivi addotti

a) SI CONCEDE

b) NON SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angela GALLO

Data_____