**AL DIRIGENTE SCOLASTICO IST. COMPRENSVO**

**“TOMMASO SILVESTRI” TREVIGNANO ROMANO**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A ……………………………………………………………….**

**GENITORE DELL’ALUNNO/A …………………………………………………………**

**CLASSE/SEZIONE ……………………….. - ANNO SCOLASTICO ………………..**

**PLESSO DI /\_/ BRACCIANO - /\_/ TREVIGNANO**

**SCUOLA /\_/ INFANZIA - /\_/ PRIMARIA - /\_/ SEC. I° GRADO**

**CHIEDE, ASSUMENDOSI OGNI RESPONSABILITA’ PENALE E CIVILE AL RIGUARDO,**

**/\_/ da oggi fino al ……………………… - /\_/ fino al termine delle attività didattiche**

**/\_/ L’ENTRATA POSTICIPATA del giorno……………………….alle ore…………………**

**del giorno……………………….alle ore…………………**

**del giorno……………………….alle ore…………………**

**/\_/ L’USCITA ANTICIPATA del giorno……………………….rientro alle ore…………**

**del giorno……………………….rientro alle ore………… del giorno……………………….rientro alle ore…………**

**Si allega certificato di frequenza terapia.**

**Lo/la scrivente si impegna a far recuperare le ore di lezione che verranno perse, previo colloquio con le insegnanti di classe. (solo sc. Primaria e Sec.)**

**DATA ……………………….. FIRMA ……………………………………**

**VISTO, SI AUTORIZZA ………………………**