

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL 2^ CIRCOLO DIDATTICO
" M. SANSEVERINO "

N O L A

___l___ sottoscritt_ _____

Padre /madre dell'alunn _____

Nat_ _____ () il _____ iscritto presso codesta

Scuola _____ plesso _____ classe ___ sez _____

CHIEDE

ENTRATA/ USCITA --- POSTICIPATA/ANTICIPATA, alle ore _____

per il periodo dal _____ al _____

per i seguenti giorni della settimana _____

Per i seguenti motivi:

Allego:

1. Copia Carta d'Identità
2. Copia delle terapie

Nola, _____

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO