Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo Statale "Don Bosco"
Via A. Vivaldi, 2
36010 MONTICELLO CONTE OTTO (VI)

OGGETTO: **Richiesta permesso di uscita da scuola continuativo.**

Il/La sottoscritto/a _____ , genitore dell'alunno/a

_____,

recapito telefonico _____ mail _____

frequentante la classe_____ della scuola _____

dichiara che il/la proprio/a figlio necessita di terapia riabilitativa programmata in orario scolastico e pertanto chiede che sia autorizzato/a ad uscire da scuola come di seguito indicato *(specificare gli orari di entrata e uscita):*

- ☐ ***lunedì:*** ingresso alle ore ____ uscita alle ore _____ / ingresso alle ore _____ uscita alle ore _____
- ☐ ***martedì:*** ingresso alle ore ____ uscita alle ore _____ / ingresso alle ore _____ uscita alle ore _____
- ☐ ***mercoledì:*** ingresso alle ore ____ uscita alle ore _____ / ingresso alle ore _____ uscita alle ore _____
- ☐ ***giovedì:*** ingresso alle ore ____ uscita alle ore _____ / ingresso alle ore _____ uscita alle ore _____
- ☐ ***venerdì:*** ingresso alle ore ____ uscita alle ore _____ / ingresso alle ore _____ uscita alle ore _____

La presente richiesta è valida fino a nuova comunicazione da parte del/della sottoscritto/a.

Distinti saluti.

Monticello Conte Otto, _____ Firma _____