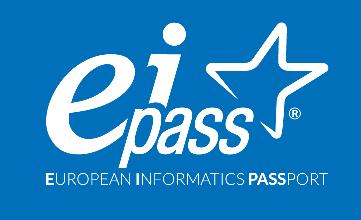
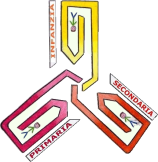
*Ministero dell’ Istruzione*



Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

**Istituto Comprensivo Statale "*L. DA VINCI*"**

Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908

Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 - [www.leolimbiate.it](http://www.leolimbiate.it/) e-mail[limbiatesms@gmail.com](mailto:limbiatesms@gmail.com)–e-mail[MBIC8GC002@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:MBIC8GC002@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

L. Da Vinci – Limbiate ((MB)

Il/La sottoscitt.. ………………………………………… padre / madre / tutore / dell’alunno/a ……………………………………………………frequentante la classe ……… sezione …………. del plesso di ………………………………..

C H I E D E

l’autorizzazione per effettuare terapia presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Posticipare l’entrata alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Anticipare l’uscita alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐di uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore si riserva di comunicare per iscritto qualsiasi variazioni di frequenza del proprio figlio/a

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza Il Dirigente Scolastico

Prof. Massimo Morselli