ALDIRIGENTE SCOLASTICO

 DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

 DI CAROLEI DIPIGNANO

Oggetto: **ESONERO DALLE LEZIONI PER TERAPIA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la [ ]  scuola Infanzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  scuola Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  scuola Secondaria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **(crocettare la scuola frequentata dall’alunno/a)**

C H I E D E

che il figlio/a possa ottenere l’ESONERO

per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle

 lezioni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega certificazione medica.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto: l’insegnante di classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO

Il D.S. Prof. Marsico Raffaele

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