

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C.S. "M. L. King"
Bottegone (PT)

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per terapia specialistica alunna/o.

Il sottoscritto _____ genitore
dell'alunna/o _____
frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso _____

C H I E D E

per il proprio figlio, per l'intero anno scolastico o fino a nuova comunicazione, la seguente
variazione di orario per poter frequentare la terapia specialistica presso
_____:

- ingresso alle ore _____ nei giorni di _____
- uscita alle ore _____ nei giorni di _____
- uscita dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____

D I C H I A R A

- che il figlio sarà ritirato da scuola da un genitore e/o da persona delegata
- che il figlio sarà ritirato da scuola da personale di associazioni quali Misericordia, Croce Verde
(specificare).

Pistoia, _____

Firma _____