

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "TARRA" DI  
BUSTO GAROLFO

Il/La sottoscritto/a , genitore

dell'alunno/a , frequentante nel

corrente anno scolastico la classe  sez.  della scuola

dell'infanzia     primaria     secondaria di primo grado di Busto Garolfo

**ch i e d e**

che il/la proprio figlio/a possa uscire/entrare da scuola tutti i:

dalle ore  alle ore

dalle ore  alle ore

per essere sottoposto a terapia presso

di

AUTORIZZA CHE IL/LA FIGLIO/A SIA AFFIDATO/A A

Busto Garolfo,

Firma

\_\_\_\_\_

---

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "TARRA" DI BUSTO GAROLFO

VISTO, SI AUTORIZZA QUANTO RICHIESTO.

Il Dirigente Scolastico