Al Dirigente Scolastico

Del 1° C.D. S. G. Bosco

TRIGGIANO

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_

infanzia/primaria, del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevoli della sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

come da calendario rilasciato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che si allega alla presente

(indicare l’ENTE)

CHIEDONO

L’Autorizzazione ad effettuare terapie ambulatoriali durante le ore di lezione per tutto il corrente anno scolastico o per il periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Triggiano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con osservanza

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

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

(Firma dei genitori)

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott.ssa CATERINA SILVESTRE)