

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO ROVITO

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE**

LA SOTTOSCRITTA ..... GENITORE DELL'ALUNNA/O.....

FREQUENTANTE LA CLASSE ..... SCUOLA ..... ROVITO

PIANETTE.

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE DI ENTRATA/USCITA DEL PROPRIO FIGLIO/A PER  
L'INTERO ANNO SCOLASTICO.

NEI GIORNI.....

DALLE ALLE ORE .....

ALLE ORE .....

PER TERAPIA COME DA CERTIFICATO ALLEGATO

DISTINTI SALUTI

\_\_\_\_\_  
Visto si autorizza  
Il Dirigente Scolastico  
(Rosanna Rizzo)  
\_\_\_\_\_