Al Dirigente scolastico

IC “C.PUDDU”

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

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

che frequenta la Scuola\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe\_ \_\_\_\_ sezione\_\_ \_\_\_

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a utilizzi, accompagnato/a da un custode, l’ascensore della scuola per problemi di SALUTE

TEMPORANEI - **PERIODO DAL\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**AL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (v. cert. medico allegato)

**Per tutto l’anno scolastico**

 (v. cert. medico allegato)

Prato, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del richiedente

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