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

_____