

RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PERIODICA  
O PERMANENTE PER NECESSITÀ DI TERAPIE MEDICHE

---

Alla Dirigente  
scolastica Prof.ssa  
Pagano Emilia

**OGGETTO: Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente per necessità di terapie mediche.**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno  
Cognome Nome

..... frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome alunno/a

- della Scuola:  Secondaria Fleming  
 Primaria di .....
- Infanzia di .....

che il/la proprio/a figli... possa

- entrare posticipatamente alle ore .....
- uscire anticipatamente alle ore .....
- uscire alle ore ..... e rientrare alle ore .....

per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

.....  
.....

dal ..... al ..... Ovvero  per l'intero anno scolastico

**Si allega attestazione medica di struttura pubblica di ..... con  
l'indicazione dei giorni ed orari delle terapie.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma genitore 1: \_\_\_\_\_

Firma genitore 2: \_\_\_\_\_