

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.C.S. Carlo Alberto Dalla Chiesa
Via Mario Rigamonti, 10
00142 Roma

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ iscritto/a per l'anno
scolastico _____ nella classe _____ sez. _____ del plesso _____
comunica che il proprio/a figlio/a uscirà prima da scuola per sottoporsi a terapie come da
certificazione medica allegata:

■ **USCITA ANTICIPATA**

- il giorno _____ alle ore _____
- il giorno _____ alle ore _____
- il giorno _____ alle ore _____

sollevando la scuola da qualsiasi responsabilità conseguente tale uscita anticipata.

Roma,

In fede