



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"S. Giovanni 1"

di ROCCARAINOLA - TUFINO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Distretto 30 - Cod. mecc. NAIC8FX00B - C. F.: 92044680632

Via S.Nicola-80030 - Roccarainola (Na) Tel/ Fax 0813767081

e-mail naic8fx00b@istruzione.it p.e.c. naic8fx00b@pec.istruzione.it

sito web :www.icroccarainola.edu.it

Oggetto: Richiesta permesso per terapie

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA:

INFANZIA	PLESSO	SEZIONE
PRIMARIA	PLESSO	SEZIONE
SECONDARIA	PLESSO	SEZIONE

CHIEDE:

Il rilascio del permesso di ENTRATA:

GIORNO	ALLE ORE	GIORNO	ALLE ORE	GIORNO	ALLE ORE
LUNEDÌ		MARTEDÌ'		MERCOLEDÌ'	
GIOVEDÌ'	ALLE ORE	VENERDÌ'	ALLE ORE	SABATO	ALLE ORE

Il rilascio del permesso di USCITA:

GIORNO	ALLE ORE	GIORNO	ALLE ORE	GIORNO	ALLE ORE
LUNEDÌ		MARTEDÌ'		MERCOLEDÌ'	
GIOVEDÌ'	ALLE ORE	VENERDÌ'	ALLE ORE	SABATO	ALLE ORE

Per il periodo come da certificato del Centro per le terapie, il/la sottoscritto/a è a conoscenza delle ore di diritto allo studio che verranno sottratti all'alunno/a e se ne assume la responsabilità.

Il Fede

Il Genitore _____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Angela Sciancalepore

