

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO TREVISO 2 "A. SERENA"**

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore/tutore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ Plesso _____

COMUNICA

Che il/la proprio/a figlio/a necessita di svolgere attività riabilitative in orario scolastico nei giorni e negli orari indicati nel certificato allegato. Pertanto

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa entrare/uscire da scuola nei seguenti orari:

☐ _____ alle ore _____
(indicare il giorno)

☐ _____ alle ore _____
(indicare il giorno)

Treviso, lì _____

(firma)

.....

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Rosa Cavalli
