

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
PIAZZA DE CUPIS  
ROMA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ che frequenta la

Classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola INFANZIA/ PRIMARIA

Di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

- Di prelevare mio/a figlio/a il giorno \_\_\_\_\_  
alle ore \_\_\_\_\_ a causa di terapia Medico/ Riabilitative come da  
documentazione allegata

Esonera, in ogni caso, l'Amministrazione scolastica da ogni responsabilità per fatti che possano verificarsi a danno dell'alunno durante l'assenza da scuola.

FIRMA

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Team docente \_\_\_\_\_ esaminata la richiesta e l'orario  
giornaliero delle discipline, dichiara che non è pregiudicata né la frequenza né la valutazione di alcuna  
disciplina obbligatoria

Firma dei docenti del Team

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico o il coordinatore di Plesso