



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

**48° Circolo Didattico Napoli
"MADRE CLAUDIA RUSSO"**

CODICE FISCALE 80031660634 - CODICE CIRCOLO NAEE340004

Via delle Repubbliche Marinare n. 301 - CAP. 80147 - Napoli

☎ / 📠 081/19706083 – ☎ dir. 081/5724914

e-mail: naee340004@istruzione.it

PEC: naee340004@pec.istruzione.it - sito web: www.quarantottesimo.gov.it

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI
DELLA SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA**

OGGETTO: TERAPIE RIABILITATIVE

In riferimento all'oggetto, si ricorda, ai genitori in indirizzo i cui figli effettuano terapie specialistiche, che se le stesse devono essere effettuate durante lo svolgimento dell'orario didattico occorre presentare regolare istanza per essere autorizzati agli ingressi ed alle uscite in differita rispetto a tale orario.

Occorre quindi compilare modello qui allegato, e scaricabile dal ns/ sito nell'area genitori, corredato dall'attestato del centro.

Rosa Seccia

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.L.vo n 39/1993

DIREZIONE DIDATTICA
48° Circolo Didattico
MADRE CLAUDIA RUSSO - NAPOLI

Prot. n. _____ / _____ del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TERAPIE SPECIALISTICHE

Io sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a
il _____, a _____, frequentante la
classe _____, sezione _____ di scuola primaria/infanzia nell'anno scolastico _____ in base le
terapie prescritte dal centro

CHIEDO PERMESSI COME DI SEGUITO:

LUNEDI' ENTRA ALLE ORE.....; ESCE ALLE ORE.....; RIENTRA ALLE ORE.....

MARTEDI' ENTRA ALLE ORE.....; ESCE ALLE ORE.....; RIENTRA ALLE ORE.....

MERCOLEDI' ENTRA ALLE ORE.....; ESCE ALLE ORE.....; RIENTRA ALLE ORE.....

GIOVEDI' ENTRA ALLE ORE.....; ESCE ALLE ORE.....; RIENTRA ALLE ORE.....

VENERDI' ENTRA ALLE ORE.....; ESCE ALLE ORE.....; RIENTRA ALLE ORE.....

Addì, _____

FIRMA
