

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. San G. Bosco - Dizonno
TRIGGIANO

OGGETTO: RICHIESTA TERAPIE AMBULATORIALI IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante

☐ la classe _____ sez _____ (per la scuola primaria)

☐ Sezione _____ del Plesso _____ (per la scuola dell'infanzia)

consapevoli della sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

come da calendario rilasciato _____ che si allega alla presente

(indicare l'ENTE O SPECIALISTA)

CHIEDONO

L'Autorizzazione ad effettuare terapie ambulatoriali durante le ore di lezione

☐ per tutto il corrente anno scolastico

☐ O per il periodo dal _____ al _____

Triggiano: _____

Con osservanza

(Firma dei genitori)

**DA ALLEGARE CALENDARIO DELL'ENTE O SPECIALISTA DEBITAMENTE FIRMATO DAL MEDICO
COMPETENTE
TRASMETTERE ALLA SEGUENTE PEO (POSTA ELETTRONICA ORDINARIA)
BAIC8A1006@ISTRUZIONE.IT**