

Al Dirigente Scolastico  
I.C. Confalonieri  
Milano

Il/ La Sottoscritt \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Anno Scolastico \_\_\_\_\_

Plesso Dal Verme  Plesso Crespi

Plesso Govone  Plesso Pavoni

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE DI:**

**ENTRATA :** alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**USCITA:** alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**USCITA:** alle ore \_\_\_\_\_ **RIENTRO** alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE** \_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_

Firma Del Genitore

\_\_\_\_\_

**N.B. Si prega di allegare alla richiesta la relativa certificazione medica**

VISTO, SI AUTORIZZA

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
dott.ssa Chiara Arena