Alla Dirigente Scolastica

 del Circolo Didattico Statale

“Eduardo De Filippo”

 di Santa Maria la Carità (NA)

Lo/a scrivente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/genitrice/tutore/affidatario dell’alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe e/o sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del plesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, edificio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a svolge attività specialistica/riabilitativa presso il centro/studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sito in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nei giorni:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| giorni  | ore | Terapia | Referente terapia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Pertanto l’orario di entrata e di uscita dalla scuola, sarà il seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| giorni  | ora entrata | ora uscita |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Santa Maria la Carità Con ossequio

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