

Prot. n.

Al Dirigente Scolastico del
Circolo didattico di Saviano
e p.c. alla responsabile di plesso

Il/La sottoscritto/a

Docente/personale ATA/genitore /tutor dell'alunno/a

frequentante la classe di questo Istituto (per i genitori)

CHIEDE

l' autorizzazione all'uso dell'ascensore personale/da parte del figlio/a per motivi di salute specificati nel certificato medico allegato nel seguente periodo:

☐ dalal.....

☐ anno scolastico

Nel caso si rendesse necessaria proroga a tale autorizzazione, il/la sottoscritto/a si impegna a presentare nuova documentazione medica.

- Allega certificato medico

Data

FIRMA

Data

Visto

DS per autorizzazione
