



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO

“ A.MANZONI “

V.le Magenta, 13 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522/585866 e fax 0522/434621

Posta elettronica reic84600b@istruzione.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. “A. MANZONI”
REGGIO EMILIA.**

IL/LA SOTTOSCRITTA _____

RESIDENTE A _____

VIA _____

GENITORE DELL' ALUNNO _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA _____ CLASSE _____ SEZ. _____

CHIEDE per l' a. s. _____ / _____

Di poter prelevare il/la proprio/a figlio/a dalle ore _____ alle ore _____

IL GIORNO _____ per motivi:

L'autorizzazione sarà valida per il periodo dal _____ al _____

Reggio Emilia _____

(firma)

Si allega:
DICHIARAZIONE MEDICA

VISTO: SI AUTORIZZA.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Alessandra Landini

*firma autografa ai sensi dell'art.3, C2 D.L.Vo 39/93