**Al Dirigente Scolastico**

**dell'Istituto Comprensivo “Sant'Agostino”**

**Civitanova Marche**

**Oggetto : Richiesta variazione orario scolastico per terapie.**

I sottoscritti …………………………………………….e…………………………………………..genitori

dell’alunno/a……………………………………………………………………………………………………..

frequentante la classe…….. sez………del plesso…………………………………………………di …………………………………………….

**CHIEDONO**

l’autorizzazione alla variazione dell’orario scolastico di entrata e di uscita, in quanto l’alunno/a dovrà sottoporsi a delle terapie, valida per l’intero periodo delle stesse, come da certificato medico allegato.

Data ………………….. Firma

 ………………………………………

 ……………………………………….