

**P E S C A R A**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, padre/madre dell'alunn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ di Codesto Istituto della:

Scuola Primaria \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di 1° Grado ), nell'a.s.20\_\_/20\_\_,

**C H I E D E**

che \_\_l\_\_ propri\_\_ figli\_\_ possa usufruire dell'uso dell'ascensore per gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. in quanto affett\_\_ da  
\_\_\_\_\_.

Chiede inoltre che \_\_l\_\_ stess\_\_ possa entrare 5 minuti prima dell'inizio delle lezioni  
ed uscire 5 minuti prima del termine delle lezioni .

Allega: certificato medico del \_\_\_\_\_.

Pescara, li \_\_/\_\_/202\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Parte riservata alla scuola)

VISTO:  SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Michela TERRIGNI

Per ricevuta copia:

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_