



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI REGGELLO

50066 REGGELLO (Firenze) - Distretto n. 27
Via M. Guerri, 46 - tel. 055/868502 - 869251 - fax 055/8666199
E-mail: fiic82300d@istruzione.it
www.scuolereggello.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRESIVO DI REGGELLO

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ frequentante
la classe _____ sez. _____ del plesso di _____

A U T O R I Z Z A N O

i docenti, su segnalazione degli operatori competenti, a consentire l'uscita e il rientro dalla

scuola: giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per sottoporsi a specifiche cure presso _____

A tal fine: ☐ si presenteranno personalmente;

☐ autorizzano al ritiro e alla riconsegna del proprio del/la ____ figlio/a da parte
dei/delle Sig./ re da loro delegati/ e per l'a.s. 20__ / 20__;

☐ autorizzano all'accompagnamento a piedi/ con mezzo di locomozione il/la
Sig./ ra _____ in qualità di _____

I sottoscritti sollevano la scuola e gli insegnanti da ogni responsabilità connessa
all'accoglimento della presente richiesta.

**AL PRESENTE DOCUMENTO DEVE ESSERE ALLEGATO IL CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE
LA NECESSITÀ DELLE CURE SOPRA INDICATE.**

Reggello, _____

Firma _____
