Alla cortese att.ne del Dirigente Scolastico

dell’ ISC “Via Ugo Bassi”

 Civitanova Marche

Dottor Maurizio Armandini

Sede

**OGGETTO: richiesta per effettuare terapie riabilitative in ambiente scolastico**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………,

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

frequentante la classe……………… sezione ………. della scuola ………………………………..,

**RICHIEDE**

L’autorizzazione affinché il proprio figlio/figlia possa effettuare terapie riabilitative in ambiente scolastico con lo specialista esterno ……………………………………in servizio presso l’Ente Riabilitativo…………………………………………………dal…………….......……al…………….

Le suddette sedute saranno così calendarizzate:

* Giorno:…………………………………..orario:……………………………………….
* Giorno:…………………………………..orario:……………………………………….
* Giorno:…………………………………..orario:……………………………………….
* Giorno:…………………………………..orario:……………………………………….

I genitori

………………………..

………………………..

Civitanova Marche, ………………..