

ISTITUTO COMPRENSIVO - SPRESIANO

Via U. Foscolo, 3 - 31027 Spresiano (TV)

tel.: 0422/725223 - 724171

fax: 0422/725684 - cod.fisc. 80027900267 - e\_mail: segreteria@icspresiano.it

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
di Spresiano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madre  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

CHIEDE

alla S.V. l'esonero parziale/totale del/della proprio/a figlio/a  
\_\_\_\_\_ dalle lezioni di \_\_\_\_\_

per il seguente motivo : \_\_\_\_\_

La richiesta si intende valida per tutto l'anno scolastico \_\_\_\_\_ oppure per il periodo  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega alla presente domanda il certificato medico del dott. \_\_\_\_\_

Spresiano li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO VISTA LA RICHIESTA DEL GENITORE AUTORIZZA.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
\_\_\_\_\_