**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Valeria M. Bombace**

**1° C.D. “Lombardo Radice”**

**Via E. Bellia 166 Paternò**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore o tutore legale dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V.

di poter prelevare il proprio figlio alle ore: \_\_\_\_\_\_

per il giorno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

□ malattia (*ai sensi dell’art. 17 C.C.N.L. 2006/2009*)

□ visita specialistica – □ ricovero ospedaliero – □ analisi cliniche

**SI ALLEGA** **CERTIFICAZIONE MEDICA**

□ motivi familiari

**SI ALLEGA** **AUTODICHIARAZIONE**

Data: Paternò, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Con Osservanza

FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_