

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "Rosario Livatino"
e.p.c. alla responsabile di plesso

OGGETTO: Richiesta Autorizzazione uso dell'ascensore.

Il/La sottoscritt.....(Personale Docente/ATA)

in servizio presso questo Istituto, nel plesso ARIA/TESAURO/CORTILE GIALLOMBARDO

CHIEDE

l'autorizzazione all'uso dell'ascensore per motivi di salute specificati nella documentazione medica che si allega e nei periodi di seguito elencati:

- Dal al
- Intero anno scolastico in corso.

Nel caso si rendesse necessaria proroga a tale autorizzazione, Il/l ____ sottoscritt ____ si impegna a presentare nuova documentazione medica.

Data

FIRMA

Data

Visto

DS per autorizzazione
