

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

OGGETTO: Richiesta Autorizzazione uso dell'ascensore (ALUNNI).

I sottoscritti genitori/tutor
dell'alunn___
frequentante la classe _____ sez. _____ (Infanzia/Primaria/ SS1G) di questo Istituto

CHIEDONO

l'autorizzazione all'uso dell'ascensore da parte del/della figlio/a 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, i sottoscritti si impegnano a presentare nuova documentazione medica.

Data

FIRMA

Data

Visto

DS per autorizzazione
