

Alla Dirigente Scolastica  
dell'I.C. Alessandro Magno  
di Roma

**Oggetto: uscita/entrate differenziate per gli alunni che fruiscono di terapie  
riabilitative**

La/il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria  Plesso

Scuola secondaria I Grado

Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**dichiara**

che per l'a.s. \_\_\_\_\_ il proprio figlio/a dovrà frequentare terapia  
riabilitativa nei giorni/ giorno \_\_\_\_\_  
orario: \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che tale frequenza riduce l'orario di lezione  
e che NON E' STATO POSSIBILE STABILIRLA IN DIVERSO GIORNO/ORARIO.

Roma lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_