

Alla Dirigente Scolastica  
prof.ssa Chiara Ghetta  
Istituto Comprensivo Trento 6

Oggetto: richiesta autorizzazione uscita da scuola per terapia riabilitativa in orario scolastico.

Con la presente si comunica che per l'alunno/a .....  
frequentante per l'anno scolastico in corso la classe ..... della SP ..... è stata  
concordata, con il sanitario di riferimento ....., terapia  
riabilitativa di ..... presso:

- Azienda Sanitaria Locale - palazzina B 2<sup>^</sup> piano, via Degasperi – Trento
- Centro “Beato de Tschiderer” – via Piave
- Centro “Paese di Oz” – viale Verona
- altro .....

Il/La sottoscritto/a genitore chiede pertanto l'autorizzazione all'uscita da scuola per il/la figlio/a

- nel giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....
- nel giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....
- nel giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

con inizio da ..... e presumibilmente fino a  
.....

L'alunno/a esce da scuola con il genitore .....  
o persona delegata .....

Distinti saluti.

Il/La responsabile dell'alunno/a .....

Trento, .....

VISTO si autorizza

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
prof.ssa Chiara Ghetta