



Istituto Comprensivo 13

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE N°13 DI BOLOGNA

Via dell'Angelo Custode 1/3 - 40141 BOLOGNA

Tel.051/471998 - fax 051/478227

C.F. 91201430377 e-mail: boic85700e@istruzione.it



Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a

frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____

CHIEDE

L'autorizzazione all'entrata/uscita in orario di lezione

il giorno ____ / ____ / ____ dalle ore ____ alle ore ____

periodo dal ____ al ____

per il seguente motivo:

- visita medica
- motivi organizzativi
- altro

Firma del genitore

Bologna, ____ / ____ / ____

Firma del docente di classe

Visto La Dirigente Scolastica
Serafina Patrizia Scerra