



ISTITUTO COMPRESIVO "F. MOCHI"

Via Milano, 20 - 52023 LEVANE (AR) - Tel. 055-97.88.015

Fax: 055/9180347 – E-mail: ARIC820006@istruzione.it CODICE FISCALE: 81005070511



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "F. Mochi"
LEVANE

OGGETTO: rientro a scuola con medicazioni

Il sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore di
_____, iscritto/a per l'a.s. 20__ / __ alla classe _____

della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di I grado

del plesso di

- Laterina
- Levane
- Levanella
- Ponticino

CHIEDE

che il/la proprio figlio/a venga ammesso in classe in presenza di ausili medici, sollevando l'Istituto da ogni responsabilità.

In fede,

Firma _____

Levane, __ / __ / __