



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**“A.MANZONI”**

V.le Magenta, 13 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522585866 e fax 0522/434621

Posta elettronica [reic84600b@istruzione.it](mailto:reic84600b@istruzione.it)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. “A. MANZONI”  
REGGIO EMILIA.**

IL/LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

GENITORE DELL' ALUNNO \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA SCUOLA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

CHIEDE per l'a. s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'entrata posticipata del/della proprio/a figlio/a alle ore \_\_\_\_\_

IL GIORNO \_\_\_\_\_ per motivi:

L'autorizzazione sarà valida per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reggio Emilia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

Si allega:  
DICHIARAZIONE MEDICA

**VISTO: SI AUTORIZZA.**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Alessandra Landini**

\*firma autografa ai sensi dell'art.3, C2 D.L.Vo 39/93