



**Ministero dell'Istruzione**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BRESSO - VIA DON STURZO**

VIA DON LUIGI STURZO, 46 - 20091 BRESSO MI  
Codice mecc. **I.C. MIIC8GE00R** - Codice fiscale **97666760158**  
TEL.02 61455284 FAX 02 61455366  
e-mail: [MIIC8GE00R@istruzione.it](mailto:MIIC8GE00R@istruzione.it); PEC [MIIC8GE00R@pec.istruzione.it](mailto:MIIC8GE00R@pec.istruzione.it)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI**  
**BRESSO - VIA DON STURZO**  
**VIA DON LUIGI STURZO, 46**  
**20091 BRESSO (MI)**

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE USCITA / RIENTRO A SCUOLA PER TERAPIA**

Il / La sottoscritto/ a \_\_\_\_\_  
(padre-madre-tutore)

dell'alunno/ a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'autorizzazione** per l'alunno/a su menzionato/a ad uscire da scuola

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_

con rientro alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_

per terapia e per tutto l'anno scolastico.

Bresso , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_