Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Dante Alighieri"
T R I E S T E

Il/la sottoscritt ______________________ nato a ____________ il ________

madre/padre dell'alunno ______________________________ frequentante la

classe _______________ sez. _______________ Tel.:/Cell. _______________

a seguito di ____
(indicare la diagnosi)

c h i e d e

l'uso
la proroga dell'uso
dell'ascensore fino al ______________________________

Si allega:
1) Certificato medico rilasciato il ________ da ______________________
2) ____

Trieste, ____________________

____
(F i r m a)

^^^

Istituto Comprensivo "DANTE ALIGHIERI"
- Via Giustiniano, 7 – 34133 TRIESTE

VISTO:

Trieste, ____________

Il Dirigente Scolastico
Fabia DELL'ANTONIA