

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I
ViaAcquaregna, 112 - 00019 Tivoli

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a

_____ frequentante la sezione/classe _____

Del plesso di via _____ per l'anno scolastico _____/_____,

CHIEDE

☐ **Allega certificazione medica**

Tivoli, _____

(firma)

Telefono _____