Al Dirigente Scolastico del
Liceo Scientifico "A. Pacinotti" - CAGLIARI

Il/La sottoscritto/a _____
(genitore o se maggiorenne l'alunno/a)
Genitore dell'alunno/a _____

Iscritto per l'A.S. 20____/____ alla classe ① ② ③ ④ ⑤

Sezione A B C D E F G H I L M N O P Q
(fare una croce sulla voce interessata)

CHIEDE

☐ Di poter entrare posticipatamente;

☐ Di poter uscire anticipatamente:

☐ Tutti i giorni alle ore _____

☐ I giorni Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato
(fare una croce sulla/e voce/i interessata/e)

alle ore _____

Dichiara allo scopo di:
RISIEDERE IN _____

UTILIZZARE IL SEGUENTE MEZZO DI TRASPORTO PUBBLICO:

☐ Treno;
☐ Autobus di linea

ORARI TABELLARI DI ARRIVO A CAGLIARI DEL MEZZO USATO

Arrivo _____

ORARI TABELLARI DI PARTENZA DA CAGLIARI DEL MEZZO USATO

Partenza _____

Cagliari, ____/ ____ / 20____

In fede

_____