

RICHIESTA DEROGA MONTE ORE ASSENZE **MOTIVI DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a _____

Padre / madre / facente funzione genitoriale dell'alunno/a
(cancellare le voci che non interessano)

frequentante la classe ____ sez. ____ nell'Anno Scolastico ____/____

RICHIEDE

Che le assenze del proprio figlio da scuola relative al periodo dal ____/____/____
fino a tutto il ____/____/____ vengano scomutate dal monte ore annuale in
quanto ricadenti nel seguente punto del Documento di Istituto in merito
all'ammissibilità della richiesta (barrare la voce che interessa):

1. patologia di tipo cronico, che comportino cure, esami e/o accertamenti di tipo diagnostico parzialmente prevedibili, ovvero la permanenza a casa;
2. patologie di tipo occasionale che comportino ricoveri ospedalieri o in altre strutture sanitarie, ovvero la permanenza a casa, per periodi superiori ai 7 giorni;
3. patologie che comportino terapie che ricadano anche parzialmente nell'orario scolastico.

Si allega certificazione medica a supporto della richiesta.

Cagliari, ____/____/____

Firma
