



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
VIA TRE NOVEMBRE, 11 00010 GALLICANO NEL LAZIO (ROMA)  
C.F. 93008540580 – CODICE UNIVOCO: UFYPGR TEL. 0695460081 FAX 0695461436  
Sito internet: [www.icgallicano.gov.it](http://www.icgallicano.gov.it) - PEO: [rmic8ab006@istruzione.it](mailto:rmic8ab006@istruzione.it); PEC: [rmic8ab006@pec.istruzione.it](mailto:rmic8ab006@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
00010 – GALLICANO NEL LAZIO (RM)

OGGETTO : richiesta entrata/uscita

Il/La sottoscritto/a..... genitore dell'alunno/a  
..... della classe..... scuola.....

### chiede

<b>ENTRATA ORE..... ..</b>	<b>GIORNI.....</b>
<b>ENTRATA ORE..... ..</b>	<b>GIORNI.....</b>
<b>ENTRATA ORE..... ..</b>	<b>GIORNI.....</b>
<b>USCITA ORE .....</b>	<b>GIORNI.....</b>
<b>USCITA ORE .....</b>	<b>GIORNI.....</b>
<b>USCITA ORE .....</b>	<b>GIORNI.....</b>

Per terapia logopedica e/o neuropsicomotoria

Si allega certificazione

Data.....

Firma.....