

AUTORIZZAZIONE USCITA PER TERAPIA

Il/La sottoscritto/a ,
genitore dell'alunno
iscritto/a per l'anno scolastico 20 / 20 nella classe sez.
del plesso comunica che
il proprio/a figlio/a uscirà prima da scuola **per sottoporsi a terapie** come da certificazione medica allegata:

USCITA ANTICIPATA

- il giorno / / alle ore
- il giorno / / alle ore
- il giorno / / alle ore

Si solleva la scuola da qualsiasi responsabilità conseguente a tale uscita anticipata

Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo: <https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>

, li / /
(Data)

Firma