

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo "Dante – Galiani"
San Giovanni Rotondo**

Oggetto: Richiesta Cambiamento orario da T.P. a T. N.

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno
frequentante la scuola Primaria classe ^ Sez _____

CHIEDE

Il cambio dell'orario scolastico da T.P. a T.N. del proprio figlio, per l'anno scolastico 2019/2020,
per motivi di salute;

San Giovanni Rotondo, _____.

FIRMA
