

Richiesta utilizzo ascensore

Al Rettore D. S.

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a

(nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

frequentante la classe _____

CHIEDE

- a) di poter utilizzare l'ascensore **per infortunio** (si allega: certificato medico senza diagnosi o autodichiarazione ai sensi della normativa vigente)

- b) di poter utilizzare l'ascensore **per tutto l'anno scolastico** (si allega: certificato medico senza diagnosi o autodichiarazione ai sensi della normativa vigente)

Data

Firma _____

VISTO

Il Rettore D. S.
Prof.ssa Concetta Giannino