

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE USO ASCENSORE**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola  Secondaria di I° G. MARCONI  
 Primaria D. BIRAGO  Primaria L. PICCHI

**CHIEDE**

che il/la propri\_ figli\_ \_\_\_\_\_

	Possa utilizzare l'ascensore per accedere in classe - accompagnato dal personale scolastico –
	dal  _____ al _____ per le seguenti motivazioni:
	_____

	Possa utilizzare l'ascensore per accedere in classe - accompagnato dal genitore o da persona delegata
	dal  _____ al _____ per le seguenti motivazioni:
	_____

Si allega la seguente documentazione medica:

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma (chiara e leggibile)

\_\_\_\_\_

Como, .....	VISTO SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico Dr. Massimiliano Branchini
-------------	---