**Al Dirigente Scolastico dell’IC *Como Albate***

**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:

VISTO SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

Dr. Massimiliano Branchini

Como, …………………………

Data

Firma *(chiara e leggibile)*