

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale "A. Moro"
di Solbiate Olona

Il/La sottoscritt _____ genitore del minore
_____ nato/a a _____
prov. (____) residente a _____ in via _____
tel. _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola
dell'Infanzia/Primaria/Secondaria 1° Grado _____ di _____
dipendente dall'Istituto Comprensivo Statale "A. Moro" di Solbiate Olona,

chiede

l'esonero del minore _____ dalle lezioni
di _____.

Si allega certificato medico.

In fede

Solbiate Olona lì, __/__/____