

All'attenzione del Dirigente Scolastico
I.C. Caduti di Cefalonia-Mazzini
p.c. Ufficio Didattica Medie

Anno Scolastico 20__/20__

RICHIESTA: Utilizzo ascensore

Il sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a.....
classe/sez.....

C H I E D E

L'utilizzo dell'ascensore dalal.....

Allega alla presente certificazione medica.

Il genitore

Torino,/...../20__