

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI BORGHETTO LODIGIANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola dell'Infanzia / Primaria /  
Secondaria di 1° grado di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'esonero dalla frequenza della mensa per il periodo \_\_\_\_\_  
per il seguente motivo: \_\_\_\_\_  
e il permesso di rientrare a scuola dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.  
Allega certificato medico o altra documentazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA la richiesta del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

VISTO il certificato medico allegato

**CONCEDE**

l'esonero dalla frequenza della mensa.

*IL DIRIGENTE SCOLASTICO*  
*Dott.ssa Maria Grazia Casagrande*