



**ISTITUTO COMPRESIVO "F. MOCHI"**  
Via Milano, 20 - 52023 LEVANE (AR) - Tel. 055-97.88.015

Fax: 055/9180347 - E-mail: [ARIC820006@istruzione.it](mailto:ARIC820006@istruzione.it) CODICE FISCALE: 81005070511



Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "F. Mochi"  
LEVANE

**OGGETTO: rientro a scuola con medicazioni**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore di  
\_\_\_\_\_, iscritto/a per l'a.s. 20\_\_ / \_\_ alla classe \_\_\_\_\_

della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola secondaria di I grado

del plesso di

- Laterina
- Levane
- Levanella
- Ponticino

**CHIEDE**

che il/la proprio figlio/a venga ammesso in classe in presenza di ausili medici, sollevando l'Istituto da ogni responsabilita'.

In fede,

Firma \_\_\_\_\_

Levane, \_\_ / \_\_ / \_\_