OGGETTO: **Richiesta fruizione congedo mestruale**

|  |  |
| --- | --- |
| Io sottoscritto/a |  |
| Genitore dell’alunna |  |
| Io sottoscritta – allieva maggiorenne |  |
| Iscritta alla classe |  | Sez. |  | nell’a.s. |  |

**CHIEDONO/CHIEDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Di poter usufruire del congedo mestruale: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Per i seguenti motivi: |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Si allega certificazione medica specialistica: |  |

Catania,, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore firma allieva maggiorenne

 Il Dirigente Scolastico

 Autorizza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_