I.C. "V. Brancati" Ministero dell'Istruzione Regione Siciliana

Istituto Comprensivo Statale "Vitaliano Brancati"
Viale S. Teodoro n. 2 - 95121 CATANIA – Tel. 095/457478 – Fax 095/209514 C.F. 80014150876

Alla Famiglia dell'alunno

_____

OGGETTO: visita di passaggio

La S.V. genitore dell'alunn _____ frequentante la classe_____sez._____della scuola d'infanzia, primaria, secondaria di questo Istituto, è invitata a recarsi presso l'ASP(Azienda Sanitaria Provinciale)-Distretto Catania 2,in Corso Italia n°234,il giorno _____alle ore_____, per consentire all'equipe del servizio medico di effettuare all'alunn__ sopracitat__ le consuete visite mediche di passaggio.

Catania, Il Docente di sostegno

(Compilare e restituire al docente di sostegno)

Il sottoscritto/a genitore dell'alunno _____della classe_____

ha ricevuto la comunicazione relativa alla visita medica che dovrà effettuare il proprio/a figlio/a in data_____ alle ore_____presso l'ASP di Catania.

Catania, Firma del genitore