

IC MATTEO RICCI
MODELLO RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA/USCITA ANTICIPATA

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Matteo Ricci
ROMA

Oggetto: **Richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata alunno per terapia**

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____ in via _____ nr _____

CAP _____

E

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____ in via _____ nr _____

CAP _____

genitori/tutori dell' ALUNNO/A _____

frequentante nell'anno scolastico 20__/20__ la classe__ sez.__ della Scuola _____

plesso _____

Dichiarano

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola e di condividere e accettare le modalità e i criteri da questa previsti in merito alla vigilanza sui minori;
- di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade interamente sui genitori o chi ne esercita la patria potestà;
- di garantire il prelevamento del/della figlio/a da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevoli che il/la proprio/a figlio/a non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- che il/la proprio/a figlio/a deve seguire

Frequenza Centro.....

Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso

Altro (specificare)

(come da certificato allegato);

- che tale uscita si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario;
- che, dove l'orario di effettuazione lo consenta, l'alunno farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia,

Chiedono

che il/la proprio/a figlio/a possa essere autorizzato/a ad uscire/entrare in ritardo a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

IC MATTEO RICCI
MODELLO RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA/USCITA ANTICIPATA

Giorni	Orario Terapia	Entrata posticipata alle	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata	
				Uscita alle ore	rientro alle ore
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					

La presente richiesta si intende valida:

- per l'intero anno scolastico
 per il periodo dal

I sottoscritti genitori si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

Si allega certificato di iscrizione rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.

Roma,

Firma dei genitori

.....

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:	
Il/La sottoscritto/a _____, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000; dichiara inoltre che il padre/la madre é a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta di uscita autonoma dell'alunno da scuola.	
Data _____	Firma _____

Allegare documento d'identità del/dei dichiarante/i

=====

Ai genitori dell'alunno/a.....

Ai docenti del team/Consiglio di classe

Scuola

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Laura De Paolis