

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di
Palazzo San Gervasio

I genitori degli alunni che si recano a effettuare terapie riabilitative o logopediche nelle ore scolastiche sono invitati a compilare il sottostante modello allegandovi il foglio, rilasciato dal centro di terapia, con l'indicazione dei giorni e orari del trattamento. In mancanza di tale documentazione gli insegnanti non potranno autorizzare l'uscita dell'alunno/a.

OGGETTO: Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente in orario scolastico per trattamento terapeutico.

Il/La Sig./ra sottoscritto/a _____, genitore esercente la patria
potestà sul/la minore _____ frequentante la classe
sez. _____ della Scuola _____ di _____

consapevole che il seguente periodo verrà considerato come assenza, chiede di voler autorizzare (barrare e compilare le voci che interessano)

- ☐ l'entrata posticipata alle ore _____ nei giorni di _____
- ☐ l'uscita anticipata alle ore _____ nei giorni di _____
- ☐ l'uscita e il rientro dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____
dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____
dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____
dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni di _____
- ☐ dal giorno _____ al _____
[data inizio] [data termine]
- ☐ ovvero per l'intero anno scolastico /

del/la proprio/a figlio/a per permettere la frequenza di terapie riabilitative come da prospetto del Centro di terapia allegato.

Il/la sottoscritto/a dichiara che si occuperà personalmente del ritiro/accompagnamento a scuola del/la figlio/a o, in caso di impossibilità, autorizza l'ISTITUTO COMPRENSIVO ad affidare il minore all'uscita al/la Sig./ra _____, maggiorenne, a noi noto/a.

Dichiara inoltre di sollevare l'Istituzione scolastica da ogni responsabilità civile e penale per qualsiasi incidente o evento che possano verificarsi a seguito dell'uscita anticipata o dell'affidamento alla persona appositamente autorizzata.

Allega: 1-fotocopia del documento di riconoscimento del genitore e del/la delegato/a;

2-prospetto orario del Centro di terapia.

Data

Firma _____