**Alla Dirigente Scolastica**

**I.C. “G. Bartolena”**

**di Livorno**

**RICHIESTA di entrata posticipata / uscita anticipata alunno per terapia**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/tutori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della scuola

* Primaria: □ Cattaneo □ Lambruschini □ Villa Corridi
* Secondaria di I grado: □ Via Michel □ Villa Corridi

appartenente all’Istituto Comprensivo G. Bartolena

DICHIARA/NO

* 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 figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
* di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del

curricolo;

* che nostro figlio/a deve seguire

⎕ Frequenza Centro........................................................................................................

⎕ Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso ..............................................

⎕ Altro (specificare) ............................................................................

(come da certificato allegato);

CHIEDE/IAMO

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

| ***GIORNO*** | ***ORARIO TERAPIA*** | ***ENTRATA POSTICIPATA ALLE*** | ***USCITA POSTICIPATA ALLE*** | ***IN CASO DI USCITA E RIENTRO NEL CORSO DELLA MEDESIMA GIORNATA*** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***USCITA ALLE*** | ***RIENTRO ALLE*** |
| *Lunedì* |  |  |  |  |  |
| *Martedì* |  |  |  |  |  |
| *Mercoledì* |  |  |  |  |  |
| *Giovedì* |  |  |  |  |  |
| *Venerdì* |  |  |  |  |  |

Si allega certificato del medico e/o della struttura con specifica degli orari di terapia

Livorno,

Firma del/i Genitore/i\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



*\*In caso di firma di un solo genitore il sottoscritto firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

**Visto**

[ ]   si concede [ ] non si concede

La Dirigente Scolastica

Maria S. Oriti

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa,

ai sensi dell’art. 3, comma 2 del d.lgs n. 39/1993)

**N.B.: Si ricorda che**:

* il modulo può essere consegnato di persona, oppure inviato via PEC (liic82300e@pec.istruzione.it) o via mail [liic82300e@istruzione.it](mailto:liic82300e@istruzione.it%20)- in questo caso accompagnato dalla scansione della carta di identità dei firmatari);
* la richiesta avrà corso dal momento della concessione da parte del Dirigente Scolastico e avrà valore per l’intero anno, a meno di presentazione di una nuova richiesta di rettifica, in caso per esempio di cambio giorno per le terapie.