Al Dirigente scolastico
Del II° Istituto Comprensivo Statale
"Canonico Vincenzo Bascetta"
di Adrano (CT)

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

Il sottoscritto …… (C.F ..... ……..)
nato a ……prov. ……. il…… residente a ……
CAP …….. via ..... n. ..…
nonché
La sottoscritta …… (C.F .....……)
nata a ……prov. …… il……..… residente a ……..……..…
CAP ……. via……..……n. …….
Telef. ……. E.mail: ……..
in qualità di genitori dell'alunno ……..…nato
a ..... il ……...frequentante la classe/sez.....

scuola : ☐ Infanzia Cappellone ☐ Primaria Cappellone ☐ Media Sede Centrale via Roma

☐ Infanzia Stazione ☐ Primaria Stazione

Dichiariamo

- 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 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,

Chiediamo

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

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

La presente richiesta si intende valida:

- ☐ per l'intero anno scolastico
- ☐ per il periodo dal ..... al …….....

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 prega di allegare certificato di iscrizione/Piano terapeutico rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia medica con indicazione dei giorni e degli orari, inoltre si prega di allegare copia in corso di validità del documento del/dei richiedente/i.

Adrano, ……... Firma del 1° genitore……

Firma del 2° genitore……

NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la 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".

Firma del genitore …...……

PARTE RISERVATA ALLA SCUOLA

Ai genitori dell'alunno…….

Ai docenti del team/Consiglio di classe/Sez. ……per il tramite dei genitori.

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione presentata dai genitori,

autorizza

la frequenza scolastica con riduzione oraria come da piano terapeutico o certificazione medica allegata.

Note:……

Adrano, ...

Il Dirigente Scolastico
Maria Catena Lupo