

Al Dirigente scolastico  
dell'Istituto comprensivo "Rita Levi Montalcini"  
di Castel San Giorgio (SA)

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

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. ....  
in qualità di genitori di..... frequentante la  
classe.....  
presso la scuola.....

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

Castel San Giorgio, .....

Firma .....

Data .....

Firma .....

(\*) In caso di firma di un unico genitore

Il/La sottoscritto/a (cognome)..... (nome) .....

DICHIARA Inoltre,

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, di rilasciare l'autorizzazione 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 .....

Si allegano le fotocopie dei documenti di riconoscimento

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d. lgs. 196 d.lgs. 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio

\_\_\_\_\_  
Ai genitori dell'alunno.....

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 .....

.....

Castel San Giorgio, .....

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Raffaella Capuano