

Alla Dirigente Scolastica

Dott.ssa Laura Maria Forlin

**Oggetto: Richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata periodica o permanente per necessità di terapie mediche**

 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................................................................................................................................

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 figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne precedentemente delegata;
* di essere consapevoli che il proprio figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;
* che il proprio 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.

Chiedono

alla S.V. che nostro figlio possa essere autorizzato ad uscire/entrare 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 |  |  |  |  |  |

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.**

Firma del padre

Firma della madre

Data ………………………………………………………………….