

Oggetto: **richiesta autorizzazione ingresso posticipato/uscita anticipata per terapia**

I sottoscritti

genitori / tutori dell'alunno/a

frequentante la classe nel plesso di via..... n. a.s.....

CONSAPEVOLI che la frequenza delle attività scolastiche è obbligatoria;

CONSAPEVOLI che la frequenza di terapie in orario scolastico, privando l'alunno della partecipazione alle attività didattiche svolte in classe, può avere come conseguenza il verificarsi di lacune nel percorso di apprendimento

CHIEDONO

..... INGRESSO POSTICIPATO

..... USCITA ANTICIPATA

Nei/l giorni/o.....

orario.....

come indicato nel certificato medico allegato.

SI IMPEGNANO

A consegnare il certificato di frequenza al termine di ogni mese, inviandolo a: rmic8gm00d@istruzione.it

Firma genitori

1).....

2)

Quando risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, occorre sottoscrivere la seguente annotazione:

“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 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”.

Firma.....