

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](mailto: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.....