



Istituto Comprensivo Statale "V. Angius"

Via delle Regioni s.n.c. – 09010 – Portoscuso Tel.0781509043– Fax 07811884826

[e.mail caic81800t@istruzione.it](mailto:caic81800t@istruzione.it) -caic81800t@pec.istruzione.it

www.comprensivoangius.edu.it

RICHIESTA ENTRATA/USCITA PER TERAPIA ALUNNO/A

Il/la sottoscritt.....,

PADRE

MADRE

TUTORE

dell'alunno/a

frequentante la classe sezione Plesso

CHIEDE

Che il proprio figlio possa:

- Entrare alle ore _____ nei giorni _____;

- Uscire alle ore _____ nei giorni _____;

- Dal _____ al _____;

per i seguenti motivi:

(allegare Programma delle terapie dello specialista)

INOLTRE DICHIARA

che l'uscita anticipata / entrata posticipata è inevitabile, in quanto le terapie non sono previste in orario non di lezione.

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno _____dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ai sensi degli art. 136 art. 316 c.1, Art. 337- ter c. 3 e Art. 337-quater c. 3 del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori .

Portoscuso , li/...../.....

Firma _____