|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Istituto Comprensivo “De Filippo –Viviani ”****Via G. Ungaretti, 2 - 81020 San Nicola La Strada (Ce)**Codice Univoco **UFOGP3**  ◊◊◊ codice fiscale **93082000618**Tel. **0823/457517** ◊◊◊ Codice meccanografico **CEIC88600V** **E**-**mail**: ceic88600v@istruzione.it ◊◊◊ **PEC**: ceic88600v@pec.istruzione.itSito web: **www.scuoladefilippo.edu.it** |  |

**Oggetto:** richiesta permesso entrata/uscita per terapie alunno

\_\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore dell’alunn \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, della classe \_\_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_\_

O Scuola Infanzia O Scuola Primaria O Scuola Secondaria Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

sotto la propria responsabilità un permesso di Entrata / Uscita nei giorni e secondo gli orari sotto indicati per consentire all’alunn\_\_\_ di sottoporsi a terapia medica / riabilitativa presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nei seguenti giorni:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Giorno della settimana** | **Ingresso ore** | **Uscita ore**  | **Rientro**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_l\_\_ sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiara di presentare la presente 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.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta va documentata con calendario terapeutico del centro di riabilitazione

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Istituto Comprensivo De Filippo – Viviani

Assunta al protocollo n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_\_

Visto si autorizza.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Prof. Giovanni Spalice