Alla Dirigente Scolastica dell’Istituto

Comprensivo “Stefano d’Arrigo”

di Alì Terme

Oggetto: richiesta entrata/uscita posticipata per terapia

l sottoscritti,………………………………….. e ……………………………………………

genitori ( o esercenti la potestà genitoriale) dell’alunno………………………………………….

frequentante la classe……..sez…………….presso la Scuola Secondaria di primo grado /Primaria di ……………………………………………….

# CHIEDONO

l’uscita /entrata posticipata nei seguenti giorni :

LUNEDÌ dalle ore………… alle ore………..

MARTEDÌ dalle ore………… alle ore………..

MERCOLEDÌ dalle ore………… alle ore………..

GIOVEDÌ dalle ore………… alle ore………..

VENERDÌ dalle ore………… alle ore………..

Alì Terme, il

Firme dei genitori \*

SI ALLEGA CERTIFICATO DI FREQUENZA DELLA TERAPIA

\*Nel caso in cui firmi un solo genitore

Il sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 667 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.