Al Dirigente Scolastico

dell’I.C.S. “L. da Vinci- Carducci”

Palermo

**Oggetto: Richiesta di entrata posticipata/uscita anticipata alunno per terapia**

Il sottoscritto…………………………………………………………………………... (C:F……………………………………………………………)

nato a…………………….....prov. …….. il……………………………….. residente a………………………………………………….…

CAP…………….. ………..via ………………………………………………………………………….N………….

nonché

Ia sottoscritta…………………………………………………………………………... (C:F…………………………………………………………..)

nata a…………………………..prov. …… il……………………….. .residente a………………………………………………………….

CAP…………….. via ……………………………………………………………..N………….

genitore/i dell’alunno………………………………………………………………………della classe………….. sez. ………. scuola primaria/Sec. I grado

Dichiaro/dichiariamo

* di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola e di condividere e accettare le modalità e i criteri da questa previsti in merito alla vigilanza sui minori;
* di essere consapevole che, al di fuori dell’orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade interamente sui genitori o chi ne esercita la patria potestà;
* di garantire il prelevamento del figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
* di essere consapevoli che nostro figlio/a non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;
* che nostro figlio/a deve seguire

Frequenza Centro…………………………………………………………………………………………………………………….

Terapia psicologica/logopedica/psicomotoria presso……………………………………………………………….

Altro (specificare)……………………………………………………………………………………………………………………

**(Come da certificato allegato)**

* che tale uscita **si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario;**
* che, dove l’orario di effettuazione lo consenta, l’alunno/a farà rientro a scuola per svolgere le attività didattiche-educative successive al termine della terapia,

Chiediamo

alla S.V. che nostro/a figlio/a possa essere autorizzato/a ad uscire/entrare a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Giorni | Orario terapia | Entrata posticipata alle ore | Uscita anticipata alle ore | In caso di uscita e rientro nella medesima giornata  Uscita alle ore e rientro alle ore | |
| Lunedì |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |

La presente richiesta si intende valida:

per l’intero anno scolastico

per il periodo dal……………………………al………………………………..

Inoltre ci si impegna a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell’organizzazione della terapia a quanto sopra riportato.

Palermo,……………

Firma……………………………………………………

Firma……………………………………………………

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con la riduzione oraria secondo il precedente prospetto.

Palermo……………………….

Il Dirigente Scolastico