Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Giulio Cesare"
Savignano sul Rubicone

RICHIESTA ENTRATA/USCITA DIVERSE PER EFFETTUAZIONE TERAPIE

Il/I sottoscritto/i ..... genitore/i

dell'alunno/a .....

frequentante la classe/sezione .....

della Scuola .....

CHIEDIAMO il permesso per nostro/a figlio/a di:

☐ **USCIRE alle ore** ..... **nella/e giornata/e di** .....

☐ **ENTRARE alle ore** ..... **nella/e giornata/e di** .....

a partire da ..... fino a .....

per effettuare terapie presso .....

SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO

☐ I SOTTOSCRITTI DICHIARANO DI **PROVVEDERE PERSONALMENTE** AL PRELIEVO DEL/LA BAMBINO/A E AL SUO EVENTUALE RIACCOMPAGNA MENTO A SCUOLA

☐ I SOTTOSCRITTI **DELEGANO IL PERSONALE COMUNALE PREPOSTO** AL PRELIEVO E ALL'EVENTUALE RIACCOMPAGNA MENTO DEL/ LA BAMBINO/A TRAMITE IL SERVIZIO DEL TRASPORTO COMUNALE

Savignano sul Rubicone, ...

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI _____ _____

SE LA FIRMA SOVRASTANTE E' DI UN SOLO GENITORE COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.

Savignano sul Rubicone, _____ FIRMA DEL GENITORE _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta,

☐ **SI AUTORIZZA**

☐ **NON SI AUTORIZZA, IN QUANTO**

Savignano s/R. .....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Catia Valzania