

Oggetto: richiesta di autorizzazione entrata/uscita per espletare terapie riabilitative

I sottoscritti
(padre)¹

_____, nato _____ il _____
e

(madre)²

_____, nata a _____ il _____

genitori(o esercenti la patria potestà genitoriale) dell'alunno/a _____
nat _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

chiedono

di poter essere autorizzati all'entrata/uscita del proprio figlio/a per espletare le terapie riabilitative presso il centro _____, come da seguente calendario

Giorno	Entrata	Uscita	Ritiro alle ore	Rientro alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

- per tutto l'anno scolastico 2023/24 ○ per il periodo dalal
declinando la scuola da ogni responsabilità.

● **SI allega piano terapeutico**

San Marzano sul Sarno, _____

FIRMA DEI GENITORI⁺

Il padre: _____ ¹

La madre: _____ ²

firme di entrambi i genitori

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337tere337quaterc.c.,che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____ ³

¹Allegare copiadocumentoriconoscimento del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n.445/2000.

²Allegare copiadocumentoriconoscimento del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n.445/2000.

³Allegare copiadocumentoriconoscimento del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n.445/2000.

Firma di accettazione
La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Rosa Viscardi
