

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

**I sottoscritti**  
**(padre)<sup>1</sup>**

\_\_\_\_\_, nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e

**(madre)<sup>2</sup>**

\_\_\_\_\_, 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 dal .....al .....  
declinando la scuola da ogni responsabilità.

• **SI allega piano terapeutico**

San Marzano sul Sarno, \_\_\_\_\_

**FIRMA DEI GENITORI<sup>+</sup>**

Il padre: \_\_\_\_\_ <sup>1</sup>

La madre: \_\_\_\_\_ <sup>2</sup>

*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: \_\_\_\_\_ <sup>3</sup>

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

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

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

Firma di accettazione  
**La Dirigente Scolastica**  
Prof.ssa Rosa Viscardi

\_\_\_\_\_