



Al Dirigente Scolastico
dell'ISIS "E. Caruso" - Napoli

RICHIESTA ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PER TERAPIA MEDICA CONTINUATIVA

I sottoscritti _____ - _____

in qualità di genitori/affidatari dell'alunno/a _____ nato/a a

_____ il _____ frequentante la classe _____ sezione _____ di codesto Istituto,

DICHIARANO

- 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 consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade integralmente sui genitori o chi ne esercita la responsabilità genitoriale; 1/2
- Di garantire il prelevamento del figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- Di essere consapevoli che l'alunno non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- Che l'alunno deve seguire (**come da certificato allegato**):
 - ☐ Frequenza centro _____
 - ☐ Terapia psicologica/ logopedica/ psicomotoria presso _____
 - ☐ Altro (specificare) _____
- **Che tale richiesta si rende necessaria e che non è possibile svolgere suddetta terapia in altro orario;**
- Che, dove l'orario di effettuazione lo consenta, l'alunno farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia.



CHIEDONO che l'alunno possa essere autorizzato ad uscire/entrare nei giorni e negli orari che seguono:

Giorni	Orario terapia	Entrata ore	Uscita ore	In caso di uscita e rientro nel corso della stessa giornata, uscita alle ore e rientro alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

La presente richiesta si riferisce:

- ☐ all'intero anno scolastico
- ☐ per il periodo dal _____ al _____

- I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.
- Si allega certificato rilasciato dall'ente/ associazione/ studio medico in cui l'alunno svolge la terapia.
- Si allegano documenti di riconoscimento dei genitori.
- La presente richiesta recepisce le disposizioni di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater del Codice civile e ss.mm.ii. relativi alla responsabilità genitoriale che deve essere condivisa da entrambi i genitori. A tal fine il genitore che sottoscrive singolarmente il presente modulo DICHIARA sotto la propria personale responsabilità, ai sensi delle disposizioni di cui al D.P.R. 445/2000, di aver proceduto in osservanza delle suddette disposizioni del Codice civile, e che sussiste il consenso di entrambi i genitori.

2/2

Napoli, _____

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci)
(ai sensi della L. 127/97)

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Letizia Testa
