Modello Richiesta variazione orario scolastico alunno per terapia

Il/La sottoscritto/a Nato a

Il / / e residente a in via/piazza

N. civico CAP.....

padre madre tutore

Compilare solo se genitori separati o divorziati
Il/La sottoscritto/a Nato a
Il / / e residente a in via/piazza
N. civico CAP.....
☐ padre ☐ madre ☐ tutore

dell'alunno/a frequentante la classe. sez. anno scolastico

del plessosede

RICHIEDE

Di poter variare l'orario di ingresso – uscita secondo il seguente prospetto (indicare solo i giorni con variazioni):

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Ingresso					
Uscita					
Rientro (eventuale)					

Per le terapie di cui si allega documentazione.

Abbiamo letto le informative sulla sicurezza dei dati, la privacy e il regolamento di utilizzo presenti sul sito dell'Istituto Comprensivo via Santi Savarino nella pagina dedicata.

Luogo _____ Data _____

_____ *

Firma

Firma

* Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 codice civile, modificato dalla legge 8 febbraio 2006, n.54

In caso di firmatario unico, il genitore/tutore consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci 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, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.