AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ALDO MORO"
VALLO DELLA LUCANIA (SA)

OGGETTO: **Comunicazione uscita anticipata per trattamento riabilitativo**

I sottoscritti _____ e _____

genitori dell'alunno _____nato a _____ il _____

iscritto alla classe_____ sez. _____ scuola _____ ed in trattamento riabilitativo presso il Centro :

_____,

COMUNICANO

l'uscita anticipata del proprio figlio/a al fine di consentire allo stesso di praticare i necessari trattamenti per l'intero anno scolastico/oppure dal ……. al …….. nei seguenti giorni:

LUNEDI	dalle ore _____	alle ore _____	ovvero senza rientro a scuola
MARTEDI	dalle ore _____	alle ore _____	ovvero senza rientro a scuola
MERCOLEDI	dalle ore _____	alle ore _____	ovvero senza rientro a scuola
GIOVEDI	dalle ore _____	alle ore _____	ovvero senza rientro a scuola
VENERDI	dalle ore _____	alle ore _____	ovvero senza rientro a scuola

Sulla base di quanto sopra, lo studente verrà prelevato a scuola a cura di personale del suindicato centro oppure dal sottoscrittore della presente richiesta.
Contestualmente dichiara di assumersi ogni e qualsiasi responsabilità, sollevandone contemporaneamente la scuola ed il Capo di Istituto.

Vallo Della Lucania, _____

FIRME

_____

_____

Dichiarazione supplementare da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:
il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/comunicazione contenuta nel presente modulo in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono in consenso di entrambi i genitori.

Vallo Della Lucania, _____

FIRMA

_____