



Istituto Comprensivo "G. Rovani"



Via Marconi, 44 20099 Sesto San Giovanni – MI Tel: 023658321
e- mail: miic8az009@istruzione.it sito: www.rovani.edu.it posta certificata: miic8az009@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. " G. ROVANI"
Sesto San Giovanni

OGGETTO: **Richiesta uscita anticipata-.ingresso posticipato per terapia**

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDE

☐ **l'uscita anticipata** del proprio figlio/a nei giorni e negli orari sottoindicati:

il giorno.....alle ore.....; con rientro alle ore.....; senza rientro ☐

il giorno.....alle ore.....; con rientro alle ore.....; senza rientro ☐

il giorno.....alle ore.....; con rientro alle ore.....; senza rientro ☐

☐ **l'ingresso posticipato** del proprio figlio/a nei giorni e negli orari sottoindicati:

il giorno.....alle ore.....;

il giorno.....alle ore.....;

il giorno.....alle ore.....;

Per motivi di terapia come da certificazione allegata

Sesto San Giovanni _____

Firma 1: _____ *

Firma 2: _____ *

Il sottoscritto, 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 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.

Il genitore unico firmatario _____ *