Protocollo n._____/__ del ___/___/_____

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.C. di Via Adua
Seveso

Oggetto: richiesta uscita anticipata/entrata posticipata per terapie e/o cure a.s. _____

Il sottoscritto_____

Genitore dell'alunno/a_____

Frequentante la classe_____ plesso _____

CHIEDE

per il proprio figlio/a l'entrata/l'uscita per terapia medica ripetuta nel tempo secondo la certificazione medica allegata.

- ☐ ENTRATA ALLE ORE _____
- ☐ USCITA ALLE ORE _____
- ☐ USCITA DALLE ORE_____ALLE ORE _____
- ☐ SI ALLEGA CALENDARIO INCONTRI

LA PRESENTE RICHIESTA E' VALIDA:

- ☐ PER IL GIORNO _____
- ☐ PER IL PERIODO DAL _____AL _____
- ☐ PER TUTTO L'ANNO SCOLASTICO.

Il sottoscritto dichiara che si atterrà alle modalità di uscita espresse sull'apposito modulo all'inizio dell'anno scolastico, solleva l'Istituto Scolastico da qualsiasi responsabilità derivante dall'uscita da scuola del proprio figlio e prende atto che la stessa è considerata una sospensione del servizio scolastico.

Data _____ Firma dell'esercente la potestà genitoriale _____

N.B. L'uscita anticipata può essere richiesta **esclusivamente** dall'esercente la potestà genitoriale; non è ammessa la firma di un'altra persona, anche se delegata al ritiro dell'alunno.