

Il/La sottoscritto/a _____ genitore

dell' alunno/a _____ nato/a _____ il _____

frequentante la Scuola (1) _____ Classe _____ Sez. _____

(1) specificare la tipologia: Infanzia, Primaria o Secondaria di I° Grado

di (specificare la frazione della scuola) _____

per l'anno scolastico _____/_____

C H I E D E

che gli venga rilasciata per il proprio figlio _____

l'autorizzazione per l'entrata posticipata alle ore _____

nei seguenti giorni _____

e/o l'uscita anticipata alle ore _____

nei seguenti giorni _____

per il seguente motivo: osservazioni e/interventi terapeutici presso strutture del SSN
(dichiarazione autocertificativa rilasciata ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445)*

Nel contempo dichiara di sollevare l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità per eventuali incidenti in itinere.

Piano di Conca, _____

Con osservanza

VISTO SI AUTORIZZA (*):

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Dott.ssa Anna Fausti)

(*) L'Amministrazione si riserva di acquisire direttamente l'attestazione dalle strutture pubbliche, ai sensi della L. 12.11.011 n. 183