

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
DON GNOCCHI
Via dei Gelsi 1 – ARESE

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
sezione _____ della scuola:

☐ Infanzia "Peter Pan"

☐ Primaria "Giovanni Pascoli"

☐ Primaria "Don Gnocchi"

☐ Secondaria di primo grado "Silvio Pellico"

CHIEDE

☐ **INGRESSO POSTICIPATO** del proprio figlio/a alle ore _____

- Il giorno _____

- I giorni _____

Per permettere le seguenti terapie _____

☐ Allega Dichiarazione/Certificazione medica del Centro/Ente _____

=====

☐ **USCITA ANTICIPATA** del proprio figlio/a alle ore _____

- Il giorno _____

- I giorni _____

Per permettere le seguenti terapie _____

☐ Allega Dichiarazione/Certificazione medica del Centro/Ente _____

La presente autorizzazione richiesta prevede anche il rientro a scuola successivamente alla
terapia alle ore _____ nei giorni _____

DICHIARA di sollevare, per quanto sopra, l'amministrazione scolastica e l'insegnante di classe
da qualsiasi responsabilità.

Arese, _____

Firma (*)

Madre _____

Padre _____

(*) N.B. Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.
Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

IN CASO DI UNICO GENITORE FIRMATARIO, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, 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/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma di autocertificazione _____