

Al Dirigente scolastico  
dell'I. C. Macerata Campania

### Richiesta di entrata posticipata/uscita anticipata alunno per terapia

Il sottoscritto ..... nato a .....prov. .... il.....  
residente a ..... CAP ..... via ..... n. ....  
e  
La sottoscritta ..... (C.F.....)nata a  
.....prov. .... il..... residente a ..... CAP .....  
via.....n. ....in qualità di **genitori/tutori** di  
..... frequentante la classe.....plesso.....  
.....del suddetto Istituto Comprensivo

#### Dichiarano

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola e di condividere e accettare le modalità e i criteri da questa previsti in merito alla vigilanza sui minori;
- di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade interamente sui genitori o chi ne esercita la patria potestà;
- di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- di garantire il ritiro del figlio da parte delle seguenti persone,allegando alla presente i documenti di riconoscimento degli stessi  
.....;  
.....  
.....  
.....
- che nostro figlio deve seguire
  - Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso .....
  - Altro (specificare) .....
- che tale uscita **si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario;**
- che, dove l'orario di effettuazione lo consenta, l'alunno farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia;

## Chiedono

alla S.V. che nostro figlio possa essere autorizzato ad uscire/entrare in ritardo a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

Giorno	Orario terapia	Entrata posticipata alle ore	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata. Uscita alle ore e rientro alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

La presente richiesta si intende valida:

- per l'intero anno scolastico  
 per il periodo dal ..... al .....

I sottoscritti genitori sollevano la scuola da ogni responsabilità in relazione a tale uscita e si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

**Si allega certificato di iscrizione rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.**

Macerata Campania, .....

Firma .....

Firma .....

---

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona. I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevole in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza

Ai genitori dell'alunno.....  
Ai docenti del team/Consiglio di classe .....  
Plesso.....

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Carmela Mascolo