

Prot. n. _____ / _____

(a cura dell'Ufficio)

Monopoli, _____

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"VITO INTINI"
70043 MONOPOLI (BA)

Ai DOCENTI
Classe _____ / Sez. _____
SCUOLA _____

Oggetto: Alunn _____.
Richiesta adeguamento orario per terapia - a.s. _____ / _____ .

__I__ sottoscritt__, _____, e
_____, genitor__
esercent__ la potestà parentale sull'alunn__ _____,
nat__ a _____ (____) il _____,
frequentante la classe ____ sez. ____ della Scuola _____,
dipendente da questo Istituto Comprensivo,

CHIEDE/ONO

- per tutto l'a.s. _____ / _____, **di posticipare - rispetto al regolare orario di inizio delle attività didattiche - l'orario di ingresso del suddett__ figli__ alle ore _____** nei giorni di _____ per ragioni terapeutiche.
- per tutto l'a.s. _____ / _____, **di anticipare - rispetto al termine regolare delle attività didattiche - l'orario di uscita del suddett__ figli__ alle ore _____** nei giorni di _____ per ragioni terapeutiche.

DICHIARA/NO

a tal fine, che

- il suddetto alunno verrà accompagnato/prelevato dal servizio di riabilitazione della ASL competente per territorio.**
- provvederà personalmente ad accompagnare/prelevare il proprio figlio, impegnandosi in ogni caso a concordare con i docenti le modalità di accesso/uscita dalla classe in modo da non arrecare alcun disturbo al regolare svolgimento delle attività didattiche.**

Sollewa/no l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità connessa a tale uscita anticipata.

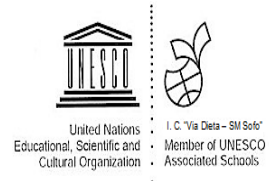
Monopoli, _____

(firme)



Istituto Comprensivo "VITO INTINI"

Via Dieta, 2 - telefono e fax 080742610 - 080747072
Codice meccanografico BAIC875005 - Codice fiscale 93423420723
Codice Univoco Ufficio UFZFDS
e-mail: baic875005@istruzione.it - baic875005@pec.istruzione.it



<http://www.primoicmonopoli.edu.it>

70043 MONOPOLI (Bari)

Scuola Infanzia "Mons. C. Ferrari"
Viale A. Moro - 0809301634

Scuola Primaria "V. Intini"
Via Dieta - 080747072

Scuola Secondaria "V. Sofò"
Via Sant'Anna - 080802303

Prot. n. _____ / _____

Monopoli, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA l'istanza presentata dai genitori dell'alunno di cui sopra;
PRESO ATTO delle motivazioni poste alla base della suddetta istanza;
INFORMATA la famiglia del fatto che lo svolgimento della terapia in orario scolastico comporta di fatto la perdita delle attività didattiche che si svolgono in tale orario;
TENUTO CONTO dell'assunzione di responsabilità da parte dei genitori e che tale terapia risulta prioritaria per il benessere e la salute dell'alunno;

AUTORIZZA

per tutto l'a.s. _____ / _____, l'alunn _____,
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

- ad entrare alle ore _____
- ad uscire alle ore _____

nei giorni di _____, come da richiesta formulata dai genitori dell'__stess__ alunn__ e secondo le modalità che verranno concordate con le docenti di classe e rese note anche ai collaboratori scolastici - in modo da non arrecare disturbo alla regolare e serena prosecuzione delle attività didattiche da parte del resto degli alunni della classe -.

Monopoli, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Per ricevuta, I Genitori:

P.p.v., I Docenti di classe:

P.p.v., Il Collaboratore Scolastico