

➤ **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE USCITA ANTICIPATA PER TERAPIA.**

I sottoscritti

.....

genitori (o altro soggetto titolare della responsabilità genitoriale ai sensi della l. 04-05-1983 n. 184 – specificare:

.....) dell'alunno/a

frequentante nel corrente anno scolastico la classe..... sez..... plesso.....

della Scuola..... dovendo fare Terapia presso

dal..... al.....

Chiedono

che l'alunno/a sopraindicato possa seguire la terapia nei giorni indicati nel seguente specchietto:

Lunedì uscita alle ore entrata alle ore _____

Martedì uscita alle ore _____ entrata alle ore _____

Mercoledì uscita alle ore _____ entrata alle ore _____

Giovedì uscita alle ore _____ entrata alle ore _____

Venerdì uscita alle ore _____ entrata alle ore _____

declinando inoltre l'Istituto scolastico da ogni responsabilità al riguardo.

Si allega prospetto inviato dall'associazione.

** Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta in oggetto, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa dai genitori.*

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.

Luogo e data.....

Firma dei genitori

o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Visto:

Si autorizza

Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico

Prof. Filippo Barbera

.....

IL NOSTRO ISTITUTO TRATTERÀ I DATI PERSONALI, SENSIBILI E/O GIUDIZIARI IN CONFORMITÀ ALLA INFORMATIVA **EX ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679**, GIÀ FIRMATA DAGLI SCRIVENTI PER LE FINALITÀ OBBLIGATORIE INDICATE E NECESSARIE PER IL PROSEGUIMENTO DEL RAPPORTO COL NOSTRO ISTITUTO E LIMITATAMENTE COMUNQUE AL RISPETTO DI OGNI ALTRA CONDIZIONE IMPOSTA PER LEGGE.