



Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "F. Querini"

**OGGETTO: richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata alunno/a per terapia medica continuativa**

Il/La sottoscritto/a ..... (C. F. ....)

nato a .....prov. .... il..... residente a

..... CAP ..... via ..... n. ...

nonché

Il/La sottoscritto/a ..... (C.F. ....)

nata a .....prov. .... il..... residente a

..... CAP ..... via..... n. ...

in qualità di genitori di.....

frequentante la classe.....

presso la scuola.....

## Dichiariamo

- 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 garantire il prelevamento del figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- che nostro figlio deve seguire

☐ Frequenza Centro.....

☐ Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso .....

☐ Altro (specificare).....

(come da certificato allegato);

- 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,

### Chiediamo

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

| Giorni    | Orario terapia | Entrata posticipata alle ore | Uscita anticipata alle ore | In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata<br>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 si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

Si allega certificato rilasciato dall'Ente/Associazione/Studio medico in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.

Ve-Mestre, .....

Firma .....

Firma .....

### Parte riservata alla Scuola

Ai genitori dell'alunno.....

Ai docenti del team/Consiglio di classe

Scuola.....

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

Venezia-Mestre, .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Annarita Pugliese