

**MODELLO DI RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PER  
TERAPIA**

**Al Dirigente Scolastico**  
dell'IC "Via Luigi Rizzo, 1" – ROMA

I/le sottoscritti/e:

**1.Genitore/Tutore:**\_\_\_\_\_CF.\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mai \_\_\_\_\_

**2.Genitore/Tutore:**\_\_\_\_\_CF.\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

**Nome e Cognome:**

\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola ☐ **Primaria CAIROLI** ☐ **Primaria**

**VICO** ☐ **Secondaria I grado**

**DICHIARANO**

consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative del Regolamento d'Istituto e di accettare le modalità ed i criteri di vigilanza sui minori prescritti dalla Scuola;
- che al di fuori dell'orario di effettiva frequenza scolastica la vigilanza sul/sulla minore ricade interamente sui genitori o sui loro delegati;
- che il/la proprio/a figlio/a deve effettuare la seguente prestazione/terapia sanitaria o abilitativa:

**Frequenza presso Centro/Ente:** \_\_\_\_\_

**Terapia (psicologica / logopedica / neuropsicomotoria altro):** \_\_\_\_\_presso:

\_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_(come da certificazione allegata);

- che la suddetta terapia si rende indispensabile e non è erogabile o programmabile in orario differente da quello scolastico;

- di essere consapevoli che, a causa di tali assenze/ritardi autorizzati, il/la figlio/a non fruirà del completo monte ore settimanale previsto dal piano di studi;
- di garantire la presa in carico e il prelievo dell'alunno/a da parte di un genitore o di una persona maggiorenne specificamente delegata nei momenti di uscita anticipata o interruzione temporanea.

### CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a sia autorizzato/a a fruire di entrata posticipata, uscita anticipata o temporanea assenza durante le ore di lezione per lo svolgimento delle terapie indicate, secondo il seguente calendario:

| Giorno           | Orario<br>Terapia | Entrata<br>posticipata (ore) | Uscita<br>anticipata (ore) | Uscita e rientro nello stesso<br>giorno   |
|------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Lunedì</b>    |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |
| <b>Martedì</b>   |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |
| <b>Mercoledì</b> |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |
| <b>Giovedì</b>   |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |
| <b>Venerdì</b>   |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |
| <b>Sabato</b>    |                   |                              |                            | Uscita ore: _____ /<br>Rientro ore: _____ |

### Periodo di validità della richiesta:

[ ] Per l'intero anno scolastico 20 \_\_\_\_\_/20 \_\_\_\_\_

[ ] Per il periodo dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20 \_\_\_\_\_

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico qualsiasi variazione di orario, sospensione o conclusione del percorso terapeutico.

### Firma dei genitori / tutori:

Firma Genitore 1: \_\_\_\_\_

Firma Genitore 2: \_\_\_\_\_

## ALLEGATI OBBLIGATORI

1. Certificazione/attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal professionista attestante l'esigenza della terapia e l'orario di svolgimento.
2. Copia del documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori/dichiaranti.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

### **Dichiarazione sostitutiva di responsabilità (da compilare solo in caso di firma singola)**

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile) e che l'altro genitore è a conoscenza e concorda con la presente istanza.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma del genitore richiedente: \_\_\_\_\_

## PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

- Vista la richiesta presentata dai genitori/tutori dell'alunno/a;
- Esaminata la documentazione sanitaria allegata;
- Visto il Regolamento d'Istituto;

**[ ] AUTORIZZA** l'entrata posticipata / l'uscita anticipata / il rientro intermedio secondo il calendario concordato.

**[ ] NON AUTORIZZA** per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**