

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "MARTOGLIO"
BELPASSO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
PADRE / MADRE DELL'ALUNNO/A.....
FREQUENTANTE LA CLASSESEZ.....
DELL'I.C."MARTOGLIO" PLESSO _____

CHIEDE

**ALLA S.V.CHE IL/LA PROPRIO FIGLIO /A VENGA AUTORIZZATO/A AD
ENTRARE/USCIRE (barrare la voce di interesse) DAI LOCALI SCOLASTICI
DAL.....AL.....NEI GIORNIALLE ORE
.....PER MOTIVI DI SALUTE (EFFETTUAZIONE TERAPIE).**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI DEL DPR 445/2000, DICHIARA , SOTTO LA
PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA', CHE LA TERAPIA NON PUO' ESSERE
EFFETTUATA IN GIORNI E ORARI DIVERSI DA QUELLI SOPRA CITATI E
SOLLEVA L'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA DA QUALSIASI RESPONSABILITA'
PER QUANTO POTREBBE VERIFICARSI IN ITINERE.**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora la richiesta sia firmata da un solo genitore, si intende che sia condivisa da entrambi i genitori*.

BELPASSO.....

FIRMA PADRE

.....

FIRMA MADRE

.....

***FIRMA GENITORE UNICO FIRMATARIO**

.....

N.B. ALLA PRESENTE SI ALLEGANO DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO CUI E' EFFETTUATA LA TERAPIA E DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL/DEI FIRMATARI.