



RICHIESTA PER CURE MEDICHE E TERAPIE OBBLIGATORIE ALUNNI A.S.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Autocertificazione
(ai sensi del DPR 445/2000)

**Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo Alighieri-Bandiera
di San Giovanni in Fiore (CS)**

Il sottoscritto: Genitore/tutore _____ nato a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ CAP _____
via _____ n° _____ in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ altro _____
dell'alunno/a minorenne _____ nato a _____ il _____

FREQUENTANTE

- La **Scuola dell'Infanzia** plesso ☐ Matteotti ☐ Via Difesa ☐ S. Francesco Assisi ☐ Via Ariella ☐ Via Doria Sez. _____
- La **Scuola Primaria** ☐ Dante Alighieri ☐ Marconi (Modulo) ☐ San Francesco ☐ F.lli Bandiera classe _____ sez. _____
- La **Scuola Sec. di I° Grado "da Fiore-Marconi1"** Plesso ☐ Dante ☐ G. Marconi classe _____ sez. _____

chiede alla S.V. il **permesso** di:

☐ **Entrata** ☐ anticipata ☐ posticipata dalle ore _____ alle ore _____

☐ **Uscita** anticipata

Lunedì	dalle ore _____ alle ore _____
Martedì	dalle ore _____ alle ore _____
Mercoledì	dalle ore _____ alle ore _____
Giovedì	dalle ore _____ alle ore _____
Venerdì	dalle ore _____ alle ore _____

dal _____ a fine attività didattiche o fino al _____.

☐ **Il genitore preleva il bambino** da scuola nei giorni indicati ed esonera la scuola da ogni responsabilità.

per motivi di terapia presso il centro _____

☐ **Il genitore autorizza il centro** _____ a prelevare il bambino da scuola nei giorni indicati ed esonera la scuola da ogni responsabilità.

per motivi di terapia presso il centro _____

San Giovanni in Fiore , li _____

Firma del genitore

Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado (se minorenni). Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori.

AUTORIZZAZIONE

Il Dirigente Scolastico dell'I.C. "Alighieri-Bandiera"

☐ Autorizza

☐ Non Autorizza per i seguenti motivi _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Loredana LAMACCHIA