



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
O.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale

COMPETENZE PER LO SVILUPPO (FSE) - AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO NOVIGLIO CASARILE

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Noviglio
Casarile

Oggetto: **Richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata alunno per terapia**

IL/La sottoscritto/a _____ genitore dell'ALUNNO/A
_____ frequentante nell'anno scolastico
_____ la classe/ sezione _____ della

Scuola dell' Infanzia PLESSO _____

Scuola Primaria PLESSO _____

Scuola Secondaria di I grado PLESSO _____

Dichiara

- 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 suo figlio/a non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- che suo figlio /a dovrà 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

Chiede

che suo figlio possa essere autorizzato ad entrare in ritardo o uscire in anticipo per l'effettuazione della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

Giorni	Orario Terapia	Entrata posticipata alle	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata	
				Uscita alle ore	Rientro alle ore
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					

La presente richiesta si intende valida:

☐ per l'intero anno scolastico

☐ per il periodo dal

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 di iscrizione rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.

Noviglio,

Firma del genitore

=====

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.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Mariagrazia Costantino



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

I.C. Noviglio Casarile-Scuola della Infanzia-Scuola Primaria-Scuola Secondaria di primo grado

Via Verdi, 2 - NOVIGLIO (MI) Tel. 029006437 Codice Fiscale 80141530156

E-mail MIIC881004@istruzione.it – Pec MIIC881004@pec.istruzione.it- Sito web www.icnovigliocasarile