AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC BRESSO – VIA DON STURZO

VIA DON STURZO, 46

20091 BRESSO

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE USCITA / RIENTRO A SCUOLA PER TERAPIA

I sottoscritti _____e _____

Genitori dell'alunno/a _____ , classe _____ , sezione _____ , plesso _____

CHIEDONO

l'autorizzazione per l'alunno/a su menzionato/a ad uscire da scuola

il giorno _____ alle ore _____ : _____con rientro alle ore _____ : __

per terapia e per tutto l'anno scolastico.

Luogo _____ data _____

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci: _____

Firma del Genitore: _____

Oppure

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la sottoscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma _____