

Al Dirigente scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Valli e Carasco (GE)

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

Il sottoscritto ..... nato a .....prov. .... il.....  
residente a ..... CAP ..... via ..... n. ....

e

La sottoscritta ..... (C.F.....)  
nata a .....prov. .... il..... residente a ..... CAP .....  
via.....n. ....  
in qualità di **genitori/tutori** di ..... frequentante la  
classe.....  
presso la scuola.....

**Dichiariamo**

- 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 essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- di garantire il prelievo del figlio da parte di .....
- che nostro figlio deve seguire
  - Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso .....
  - Altro (specificare) .....
- 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;
- che siamo consapevoli che una variazione oraria non comunicata tempestivamente potrà non garantire la continuità del docente di sostegno

## Chiediamo

alla S.V. che nostro figlio possa essere autorizzato ad uscire/entrare in ritardo a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

Giorno	Orario terapia	Entrata posticipata alle ore	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata. Uscita alle ore e rientro alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

La presente richiesta si intende valida:

per l'intero anno scolastico

per il periodo dal ..... al .....

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.**

Carasco, .....

Firma .....

Firma .....

---

Ai genitori dell'alunno.....  
Ai docenti del team/Consiglio di classe .....  
Plesso.....

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Felicita Foglia