

**ISTITUTO COMPRENSIVO N.20 – BOLOGNA**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC 20 di Bologna

**Oggetto: richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata alunno/a per terapia medica continuativa**

Il/La sottoscritto/a ..... (C. F. ....)

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

nonché

Il/La sottoscritt/a ..... (C.F. ....)

nata a .....prov. .... il..... residente a  
..... CAP ..... via.....n. ....

in qualità di genitori 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 garantire il prelevamento del figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;



- di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- che nostro figlio deve 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,

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:

Giorni	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					
Sabato					

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 rilasciato dall'Ente/ Associazione/Studio medico in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.**

Bologna, .....

Firma .....

Data .....

Firma .....

---

**Parte riservata alla Scuola**

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

.....

.....

Bologna, .....

**Il Dirigente Scolastico**

Prof. Agostino Tripaldi

*Firma autografa sostituita a mezzastampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c.2 D.lgs 39/93*



SCUOLA PRIMARIA GIOSUÈ CARDUCCI  
SCUOLA PRIMARIA FERDINANDO FORTUZZI  
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO ROLANDINO DE' PASSAGGERI

Via Dante 3 – 40125 Bologna – tel. 051 302456 – boic87900b@istruzione.it – boic87900b@pec.istruzione.it  
C.F. 91360610371 – C.M. BOIC87900B – Codice Univoco UF5LHN