**AL DIRIGENTE SCOLASTICO del 2° Circolo Didattico**

**”Don Peppe Diana” – Acerra**

INGRESSO POSTICIPATO/USCITA ANTICIPATA

(richiesta autorizzazione in caso di ingressi posticipati/uscite anticipate che si protraggono e/o ripetono nel tempo)

Il/la sottoscritto/a

⃞ genitore ⃞ affidatario ⃞ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

frequentante la classe sez. \_\_\_Plesso di codesto

**istituto, nell’a.s. \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**CHIEDE**

che il proprio/a figlio/a possa nei seguenti giorni:

**⃞ lunedì** entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⃞ martedì** entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⃞ mercoledì** entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⃞ giovedì** entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⃞ venerdì** entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel periodo dal al

per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: qualora si tratti di terapie è necessario allegare certificazione dell’ente.**

FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara altresì che l’alunno/a verrà accompagnato e/o verrà prelevato dai genitori o da un adulto da essi delegato al quale spetta la responsabilità della vigilanza del minore sino all’ingresso a scuola e dall’uscita dalla stessa.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

spazio riservato alla segreteria

VISTO

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

⃞ SI AUTORIZZA Dott.ssa Raffaela Fedele

⃞ NON SI AUTORIZZA