

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo**

Oggetto: **Richiesta autorizzazione terapia.**

Il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a _____ iscritto/a
alla Scuola Secondaria Primaria Infanzia del Plesso _____
classe _____ sez. _____ per motivi di: Salute

(

Chiede

l'autorizzazione a far uscire/entrare il/la proprio/a figlio/a:

- nel/i giorno/i: _____ nei mesi _____
- per tutta la durata dell'anno scolastico.

dalle ore _____ alle ore _____ per lo svolgimento di terapia _____

La terapia si svolgerà: a scuola presso centro autorizzato

Resta inteso che l'alunno risulterà assente in tali ore di lezione e che quindi l'assenza sarà considerata ai fini della validità dell'anno scolastico in ossequio al DPR n. 122 del 22 giugno 2009.

In fede

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 rilasciato la sua stessa autorizzazione 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

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta,

- concede
- non concede

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Marianna Catalano)**