



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I° Grado
www.istitutocomprensivotrasacco.edu.it - e-mail: aqic831002@istruzione.gov.it
PEC: aqic831002@pec.istruzione.it - Codice scuola: AQIC831002
Codice Fiscale: 81008300667 - Codice Fatturazione: UF15HO

67059 TRASACCO (AQ)

Istituto Comprensivo Statale Trasacco
Prot. 0007079 del 05/11/2021
(Uscita)

Ai sigg. Genitori degli alunni
IC di Trasacco
e p.c.
Ai Docenti
Al Personale ATA

OGGETTO: Richieste uscite anticipate e/o ingressi posticipati

Si comunica alle SS.LL che le richieste di uscite anticipate o di ingressi posticipati, periodici e/o prolungati, possono essere concesse dal Dirigente Scolastico solo in casi di comprovata necessità, opportunamente documentati, dovuti a motivi di salute o per lo svolgimento di terapie medico/riabilitative/logopediche. L'uscita anticipata degli alunni sarà autorizzata soltanto alla presenza a scuola di un genitore, di un esercente la potestà genitoriale o di una persona delegata, previa esibizione di un documento d'identità. Le richieste vanno inoltrate via mail oppure consegnate in segreteria in orario di ricevimento, utilizzando il modello allegato, presente anche nella sezione "modulistica" del sito istituzionale.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione e si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Lucia Troiano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs. 39/93

Oggetto: Richiesta entrata posticipata e/o uscita anticipata alunni per motivi di salute e/o terapie.

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a

_____ classe/sez. _____ frequentante la scuola dell'infanzia

scuola primaria scuola secondaria

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a possa:

entrare alle ore _____ nei giorni _____

uscire alle ore _____ nei giorni _____

uscire alle ore _____ e rientrare alle ore _____ nei giorni _____

per il seguente motivo: _____

_____ (allegare certificato medico e/o attestazione del Centro

Riabilitativo con indicazione dei giorni e degli orari di terapia), e si impegna a prelevare personalmente il proprio figlio/a da scuola oppure a delegare formalmente una persona di fiducia.

Trasacco, li _____

Firma _____