All’Istituto Comprensivo di Altavilla Vicentina (VI)

OGGETTO: Autorizzazione uscita anticipata e/o ingresso posticipato in via permanente alunno/a

A.S. / Alunno/a (cognome e nome)

Nato/a a ( ) il

residente a e domiciliato a

Frequentante la scuola Classe/sezione \_

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno/a in oggetto indicato:

**Genitore 1** (cognome e nome)

nato a ( ) il

|  |
| --- |
| Documento C.I./passaporto/patente o altro (specificare) ………………………………………………………………..………………………………………………… |
| rilasciato da……………………………………………………………………………………………………………………………….………………… nr ………………………………………………… |

**Genitore 2** (cognome e nome) nata a ( ) il

|  |
| --- |
| Documento C.I./passaporto/patente o altro (specificare) ………………………………………………………………..………………………………………………… |
| rilasciato da……………………………………………………………………………………………………………………………….………………… nr ………………………………………………… |

dichiarano

1. di conoscere la normale articolazione dell’orario delle lezioni;
2. di assumere la presente decisione consapevoli della propria responsabilità educativa, in considerazione dell'età del minore, del suo grado di autonomia e dello specifico contesto;
3. di essere consapevoli che l’autorizzazione all’ingresso posticipato/uscita anticipata avrà comunque influenza sul calcolo delle ore di assenza rispetto al monte orario annuale obbligatorio (per gli alunni del I ciclo il DPR n. 122 del 22 giugno 2009 art. 14 c. 7 recita “[…]ai fini della validità dell’anno scolastico […] per poter procedere alla valutazione finale di ciascun studente, è richiesta la frequenza di almeno tre quarti dell’orario annuale personalizzato”);
4. di assumere la propria decisione avendone ponderato tutte le implicazioni;

richiedono

alla Dirigente Scolastica dell’Istituto Comprensivo di Altavilla Vic.na l’autorizzazione a:

* l ’ uscita anticipata
* l ’ ingresso posticipato
* per tutto l’anno scolastico..................
* per il periodo dal ..........................................al ...................................

declinando la scuola da ogni responsabilità,

nei seguenti giorni: .......................................................................................

nei seguenti orari: .................................................................

per il seguente motivo: .....................................................................................

si impegnano a

informare per iscritto la scuola dell’eventuale decisione di revoca e raccordarsi con la scuola nel caso fosse necessaria un riassetto organizzativo delle attività didattiche.

(Luogo e Data)

FIRME DEI GENITORI/TUTORI/ESERCENTI POTESTA’ GENITORIALE

*La seguente dichiarazione va sottoscritta solo se risulta impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori ovvero un genitore sia irreperibile.*

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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 DEL GENITORE/TUTORE/ESERCENTE POTESTA’ GENITORIALE

***SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA***

 \_

* SI RICHIEDE PREVENTIVO PARERE DEL CONSIGLIO DI CLASSE/TEAM DOCENTE
* SI AUTORIZZA
* NON SI AUTORIZZA

**L’autorizzazione è valida dal giorno successivo alla concessione che andrà comunicata alla famiglia.**

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Prof.ssa Cinzia Masella