

Prot. N° _____

Casalnuovo di Napoli _____

**OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO ENTRATA – USCITA ALUNNI
PER TERAPIE MEDICHE
A.S. 2023/2024**

Il sottoscritt/la sottoscritta _____

Nat./il _____ a _____ (_____)

Residente a _____ in via _____

Genitore dell'alunno _____ **classe** _____

Della scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria 1° grado

Recapito telefonico _____

CHIEDE

alla S.V. l'autorizzazione del/lla proprio/a figlio/a

all'uscita anticipata alle ore _____ nei seguenti giorni _____

all'entrata posticipata alle ore _____ nei seguenti giorni _____

Per sottoporsi a cure e/o terapia medica dal _____ al _____

presso il centro medico _____

di _____, **esonero la scuola da ogni responsabilità.**

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (Regolamento UE 2016/679). (In caso di genitori separati in regime di affidamento condiviso del minore, è obbligatoria la richiesta e la firma di entrambi i genitori)

CASALNUOVO DI NAPOLI _____

FIRMA DEL GENITORE

Visto si autorizza/non si autorizza
Dirigente scolastico
Arch. Luca Velotti