Al Dirigente Scolastico
del 1° Circolo Didattico
di Somma Ves.na (Na)

il sottoscritto/a nato/a _____
genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
frequentante per l'A.S. 202__/202____
la sezione e/o classe ____ del Plesso_____

CHIEDE

l'autorizzazione di poter prelevare il figlio, con esonero di responsabilità da parte della scuola, per effettuare terapie nei seguenti giorni:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

fino al _____

per tutto l'A.S. 202___/202___

Somma Vesuviana

firma genitori

1_____

2_____

NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UN SOLO GENITORE OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76
del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Firma Genitore

1_____