- Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
  Comprensivo "S. Fabriani" Spilamberto
- Agli Insegnanti della classe/Sez.________
  della Scuola ______________________

OGGETTO : ☐ **USCITA ANTICIPATA.** ☐ **INGRESSO POSTICIPATO**

Il sottoscritto ____ genitore dell'alunno/a

____ frequentante la classe ________

della Scuola ____ .

C H I E D E

che il figlio possa effettuare il seguente orario settimanale:

☐ nel giorno di ______________________ dalle ore __________/__________

☐ nel periodo dal ______________________ al __________________

per il seguente motivo :
____

si allega: ____

Dichiara che il/la bambino/a sarà ritirato personalmente da un genitore o da una persona maggiorenne con delega e solleva l'Amministrazione da ogni eventuale responsabilità per fatti eventualmente accaduti dopo tale orario.

Spilamberto, ______________ Firma ______________________________

^ ^

ISTITUTO COMPRENSIVO "S. FABRIANI" SPILAMBERTO

S I A U T O R I Z Z A

tale richiesta, salvo ulteriore e diversa disposizione.

Si precisa tuttavia :

1. **che gli insegnanti non sono tenuti a modificare il calendario settimanale delle attività didattiche;**
2. **che la famiglia è informata degli scompensi e dei disagi che deriveranno al proprio figlio per il tempo scolastico ridotto;**
3. **che comunque l'alunno viene ritirato da un genitore oppure da un adulto DELEGATO dai genitori stessi.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Silvia Rossi