



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

**I.C. "Garibaldi"**

Via G. Marconi, 46 - Tel. 02/61294190 20092 CINISELLO BALSAMO (Milano)

Cod. Fisc. 94581370155 - Cod. Min. MIIC8AR001

E-mail - [miic8ar001@istruzione.it](mailto:miic8ar001@istruzione.it) [miic8ar001@pec.istruzione.it](mailto:miic8ar001@pec.istruzione.it)

Codice Univoco UFRWPT

**MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ENTRATE POSTICIPATE/USCITE ANTICIPATE PER NECESSITA' DI TERAPIE MEDICHE**

Il sottoscritto [Cognome e Nome] \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a [Cognome e Nome] \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola:

- Infanzia Marconi
- Infanzia Petrarca
- Primaria Garibaldi
- Scuola secondaria di I grado
- Infanzia Giovanni XXIII 1
- Infanzia Giovanni XXIII 2
- Primaria Villa

Premesso che, ove vige l'obbligo scolastico non può essere previsto un orario ridotto di frequenza alle lezioni dovuto a terapie e/o prestazioni di natura sanitaria in assenza di possibilità di recuperare le ore perdute, qualora la durata o i giorni della terapia dovessero compromettere il diritto all'istruzione e/o la valutazione di una o più discipline, per accomodamento ragionevole, si valuterà e si concorderà il recupero degli obiettivi didattico-educativi con i docenti del Team/Cdc di classe da definire nel PEI e nel PDP

**chiede**

di voler autorizzare per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati poiché non è concretamente possibile garantire le terapie in orario extrascolastico:

*(barrare e compilare le voci che interessano)*

- l'entrata posticipata alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_
- l'uscita anticipata alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_
- l'uscita alle ore \_\_\_\_\_ e il rientro alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_
- l'uscita alle ore \_\_\_\_\_ e il rientro alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_

Per permettere all'alunno la frequenza di terapie riabilitative per il periodo:

- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Intero anno scolastico

Al fine di adempiere alle formalità necessarie i genitori sono invitati ad allegare attestazione medica con l'indicazione dei giorni, orari e durata, anche previsionale, della terapia. In mancanza di tale documentazione non si potrà autorizzare l'entrata/uscita dell'alunno/a.

Cinisello Balsamo, lì .....

**FIRMA dei genitori** o chi esercita la responsabilità genitoriale

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori ovvero laddove un genitore sia irreperibile**

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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".

Cinisello Balsamo, lì .....

Firma \_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODELLO E L'ATTESTATO DELLA STRUTTURA MEDICA/SANITARIA VANNO CONSEGNATI IN SEGRETERIA**

---

Visto,  si autorizza  non si autorizza, in data \_\_\_\_\_. Il DS \_\_\_\_\_