

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL II CIRCOLO DIDATTICO  
"GIOVANNI XXIII"  
PATERNO'**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....**  
**PADRE / MADRE DELL'ALUNNO/A.....**  
**FREQUENTANTE LA CLASSE .....SEZ.....DEL II CIRCOLO  
DIDATTICO "GIOVANNI XXIII" DI VIA VULCANO / VIA LIBERTA'**

**CHIEDE**

**ALLA S.V.CHE IL/LA PROPRIO FIGLIO /A VENGA AUTORIZZATO/A AD  
ENTRARE/USCIRE (barrare la voce di interesse) DAI LOCALI SCOLASTICI  
DAL.....AL.....NEI GIORNI .....ALLE ORE  
.....PER MOTIVI DI SALUTE (EFFETTUAZIONE TERAPIE).**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI DEL DPR 445/2000, DICHIARA , SOTTO LA  
PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA', CHE LA TERAPIA NON PUO' ESSERE  
EFFETTUATA IN GIORNI E ORARI DIVERSI DA QUELLI SOPRA CITATI E  
SOLLEVA L'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA DA QUALSIASI RESPONSABILITA'  
PER QUANTO POTREBBE VERIFICARSI IN ITINERE.**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora la richiesta sia firmata da un solo genitore, si intende che sia condivisa da entrambi i genitori\*.

**PATERNO'.....**

**FIRMA PADRE**

.....

**FIRMA MADRE**

.....

**\*FIRMA GENITORE UNICO FIRMATARIO**

.....

**N.B. ALLA PRESENTE SI ALLEGANO DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA PRESSO CUI E' EFFETTUATA LA TERAPIA E DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL/DEI FIRMATARI.**