

Al Dirigente Scolastico  
I.C. " G.Minzele – G.Parini "  
Via Petruzzi, 18  
Tel. 080/4911131  
PUTIGNANO

Ai Docenti Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_

**Oggetto: ALUNNO \_\_\_\_\_.**

**Richiesta adeguamento orario per terapia - a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

\_\_l\_ sottoscritto\_\_, \_\_\_\_\_  
genitore esercente la potestà parentale dell'alunn\_\_ \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante  
la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_,

### **CHIEDE**

- per tutto l'a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, **di posticipare - rispetto al regolare orario di inizio previsto per le attività didattiche - l'orario di ingresso del\_ suddett\_ figli\_ alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_**  
per ragioni terapeutiche.
- per tutto l'a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, **di anticipare - rispetto al termine regolare previsto per le attività didattiche - l'orario di uscita del\_ suddett\_ figli\_ alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_**  
per ragioni terapeutiche.

### **DICHIARA**

a tal fine, che

- il suddetto alunno verrà accompagnato/prelevato dal servizio di riabilitazione della AUSL competente per territorio.**
- provvederà personalmente ad accompagnare/prelevare il proprio figlio, impegnandosi in ogni caso concordare con i docenti le modalità di accesso/uscita dalla classe per il tramite di un collaboratore scolastico, in modo da non arrecare alcun disturbo al regolare svolgimento delle attività didattiche.**

**Solleva l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità.**

Putignano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)