

Prot. n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(a cura dell'Ufficio)

Monopoli, \_\_\_\_\_

Al DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"VITO INTINI"  
70043 MONOPOLI (BA)

Ai DOCENTI  
Classe \_\_\_\_\_ / Sez. \_\_\_\_\_  
SCUOLA \_\_\_\_\_

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

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_, \_\_\_\_\_, e  
\_\_\_\_\_, genitor\_\_  
esercent\_\_ la potestà parentale sull'alunn\_\_ \_\_\_\_\_,  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_,  
dipendente da questo Istituto Comprensivo,

#### CHIEDE/ONO

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

#### DICHIARA/NO

a tal fine, che

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

Sollewa/no l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità connessa a tale uscita anticipata.

Monopoli, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firme)



**Istituto Comprensivo "VITO INTINI"**  
 Via Dieta, 2 - telefono e fax 080742610 - 080747072  
 Codice meccanografico BAIC875005 - Codice fiscale 93423420723  
 Codice Univoco Ufficio UFZFDS  
 e-mail: [baic875005@istruzione.it](mailto:baic875005@istruzione.it) - [baic875005@pec.istruzione.it](mailto:baic875005@pec.istruzione.it)  
<http://www.primoicmonopoli.edu.it>  
**70043 MONOPOLI (Bari)**



Scuola Infanzia "Mons. C. Ferrari"  
 Viale A. Moro - 0809301634

Scuola Primaria "V. Intini"  
 Via Dieta - 080747072

Scuola Secondaria "V. Sofo"  
 Via Sant'Anna - 080802303

Prot. n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Monopoli, \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA l'istanza presentata dai genitori dell'alunno di cui sopra;  
 PRESO ATTO delle motivazioni poste alla base della suddetta istanza;  
 INFORMATA la famiglia del fatto che lo svolgimento della terapia in orario scolastico comporta di fatto la perdita delle attività didattiche che si svolgono in tale orario;  
 TENUTO CONTO dell'assunzione di responsabilità da parte dei genitori e che tale terapia risulta prioritaria per il benessere e la salute dell'alunno;

**AUTORIZZA**

per tutto l'a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, l'alunn \_\_\_\_\_,  
 frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

- ad entrare alle ore \_\_\_\_\_
- ad uscire alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni di \_\_\_\_\_, come da richiesta formulata dai genitori dell' \_\_\_\_\_ stess \_\_\_\_\_ alunn \_\_\_\_\_ e secondo le modalità che verranno concordate con le docenti di classe e rese note anche ai collaboratori scolastici - in modo da non arrecare disturbo alla regolare e serena prosecuzione delle attività didattiche da parte del resto degli alunni della classe -.

Monopoli, \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
 (dott.ssa Liliana Camarda)

Per ricevuta, I Genitori:

\_\_\_\_\_

P.p.v., I Docenti di classe:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

P.p.v., Il Collaboratore Scolastico

\_\_\_\_\_