



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRESIVO S. LUCIA

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado



Piazza F. Baldi - Fraz. S. Lucia 84013 Cava de' Tirreni (SA)

Sito Web: www.icsantaluciacava.edu.it Tel. 089 2966809

e-mail: saic8b100c@istruzione.it Pec: saic8b100c@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Santa Lucia

Il/La sottoscritto/a nato/a a

prov. il domiciliato/a a

in Via n. , Cap genitore dell'alunno/a

nato/a a il ,

della classe sezione della

Scuola Infanzia **Scuola Primaria** **Scuola Secondaria I grado**

Plesso di:

CHIEDE

un permesso di Entrata / Uscita nei giorni e negli orari di seguito indicati per consentire all'alunno/a di sottoporsi a terapia medica / riabilitativa presso

sito in Via Comune ,

a partire dal e fino al nei seguenti giorni:

Giorno della settimana	Ingresso ore	Uscita ore	Rientro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il/La sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiara di presentare la presente 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.

Dichiara, inoltre, di avere preso visione della informativa ex artt. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 per il trattamento dei dati personali degli studenti/genitori/tutori al seguente link <https://www.icsantaluciacava.edu.it/privacy/> ed esprime libero consenso al trattamento dei dati.

Data

Il/LaRichiedente

Istituto Comprensivo Santa Lucia

Visto il calendario del Centro di riabilitazione

Si autorizza l'Entrata / l'Uscita alle ore

Data

Il Dirigente Scolastico
Prof.^{ssa} Gabriella LIBERTI

La richiesta va documentata con:

- 1) Il calendario del centro di riabilitazione;
- 2) Copia documento del richiedente.