



Ministero dell'Istruzione

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO "Don Antonio Riboldi"

Dirigenza ed Uff. Amministrativi *Via Nobile n. 88 - 80011- ACERRA (NA)*
C.F. 80104240637 – Tel. (081) 8857285 – Fax (081) 8850222 - CODICE MECC. NAEE10100Q
e-mail: naee10100q@pec.istruzione.it – naee10100q@istruzione.it
Sito web: www.primocircoloacerra.edu.it

Prot.n. 3484/2020 6.2.p

Del.30/09/2020

AI GENITORI
A TUTTI I DOCENTI
AL DSGA ff
A TUTTO IL PERSONALE ATA
AL SITO WEB

Oggetto : modulo per richiesta entrata/uscita alunno

Si trasmette in allegato il modulo per richiedere l'entrata posticipata o l'uscita anticipata degli alunni.

Si ricorda che l'autorizzazione verrà rilasciata solo in caso di gravi e comprovati motivi.

In caso di richiesta per terapia è necessario allegare il piano terapeutico della struttura.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Isabella Bonfiglio
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art.3, c.2, D. Lgs. n. 39/1993)

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO

“Don Antonio Riboldi”

Dirigenza ed Uff. Amministrativi Via Nobile n. 88 - 80011- ACERRA (NA)
C.F. 80104240637 – Tel. (081) 8857285 – Fax (081) 8850222 - CODICE MECC. NAEE10100Q
e-mail: naee10100q@pec.istruzione.it – naee10100q@istruzione.it
Sito web: www.primocircoloacerra.edu.it

Richiesta di

entrata posticipata

uscita anticipata

Per l'alunno/a _____ nato/a il _____ a _____

scuola primaria : classe _____ sezione _____ plesso _____

infanzia : sezione _____ plesso _____

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

_____ documento di identità n. _____

Telefono _____

Si allega il documento di identità

chiede

di accompagnare l'alunno/a

di prelevare l'alunno/a

1. Alle ore _____ / _____ del giorno lunedì dal _____ / _____ /al _____ / _____
2. Alle ore _____ / _____ del giorno martedì dal _____ / _____ /al _____ / _____
3. Alle ore _____ / _____ del giorno mercoledì dal _____ / _____ /al _____ / _____
4. Alle ore _____ / _____ del giorno giovedì dal _____ / _____ /al _____ / _____
5. Alle ore _____ / _____ del giorno venerdì dal _____ / _____ /al _____ / _____

per i seguenti motivi _____

In caso di terapia allegare piano terapeutico della struttura

SI DECLINA LA SCUOLA DA OGNI RESPONSABILITA'

Acerra ___ / ___ / 20__

Firma del genitore _____

La Dirigente Scolastica
(prof.ssa ISABELLA BONFIGLIO)

Visto autorizza fermo restante per i genitori l'osservanza degli obblighi derivanti dalla legge relativi alla frequenza scolastica