



Ministero dell'Istruzione e del Merito

DIREZIONE DIDATTICA STATALE - "ARISTIDE GABELLI"

Via Eugenio L'Emiro, 30 - Codice Fiscale: **80013320827** - Codice Meccanografico: **PAEE019001**

Telefono Direzione: 091/214069 - 091/6524086 - - 90135 - **PALERMO**

Sito web: www.ddgabelli.edu.it - E-mail: pae019001@istruzione.it - pae019001@pec.istruzione.it

Al Dirigente scolastico

della D.D.S. A. Gabelli - Palermo

Oggetto: DELEGA PRELEVAMENTO ALUNNI E RICHIESTA ENTRATA- USCITA ANTICIPATA/POSTICIPATA **PER TERAPIA** - A.S. 20___/___

I sottoscritti _____

genitori dell'alunn _____

nat ___ a _____ il _____ iscritto alla classe/sezione _____

plesso _____

CHIEDONO

L'autorizzazione, sollevando la scuola da qualsivoglia responsabilità che il proprio figlio/a possa:

Essere prelevato/a tutto l'anno scolastico tramite delega dai Sigg.:

Per la richiesta suddetta allega la seguente documentazione: FOTOCOPIE CARTE IDENTITA' DI ENTRAMBI I GENITORI DELL' ALUNNO DI CUI A SEGUIRE SI RIPORTANO GLI ESTREMI; FOTOCOPIE CARTE DI IDENTITA' DEI DELEGATI (MAX 2). TUTTI I DOCUMENTI SONO IN CORSO DI VALIDITA'. (**NON SI POSSONO DELEGARE SOGGETTI MINORENNI**).

1) Documento di identità padre n. _____ Rilasciato dal Comune di _____

In data _____ scadenza _____ (recapito tel. _____)

2) Documento di identità madre n. _____ Rilasciato dal Comune di _____

In data _____ scadenza _____ (recapito tel. _____)

ENTRARE alle ore _____ nel giorno di _____; alle ore _____ nel giorno di _____; alle ore _____ nel giorno di _____.

USCIRE alle ore _____ nel giorno di _____; alle ore _____ nel giorno di _____; alle ore _____ nel giorno di _____. senza rientro a scuola / con rientro a scuola alle ore: _____ il _____; alle ore _____ il _____; alle ore il _____.

Per i seguenti motivi: _____

Per la richiesta suddetta allega la seguente documentazione:

Certificato rilasciato dal Centro di riabilitazione o dal medico presso cui si reca il bambino per la terapia (nel certificato dovranno essere specificati i giorni e gli orari in cui l'alunno è impegnato nelle sedute specialistiche).

Palermo _____

Firma dei Genitori

PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta del genitore:

Ritenute le motivazioni: Valide

Non valide

Autorizza la richiesta suesposta;

Non Autorizza la richiesta suesposta;

Palermo _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Marcella Polimeno