

**ISTITUTO COMPRENSIVO S. GIOVANNI**









16° DISTRETTO SCOLASTICO DI TRIESTE

via dei Cunicoli, 8 - 34126 TRIESTE

C.F.: 80020140325 - tel. 040 54166 - fax 040 573051

e-mail: tsic812008@istruzione.it -pec:tsic812008@pec.istruzione.it [www.icsangiovanni.edu.it](http://www.icsangiovanni.edu.it)

**OGGETTO**: **Richiesta *uscita* anticipata o *entrata* posticipata ricorrente**

I sottoscritti

Genitori/tutori dell’alunno/a frequentante la classe/sez. del plesso scolastico

**CHIEDONO**

**di far entrare** l propri figli alle ore dal / / al / / nei seguenti giorni:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ⁭⁭ | LUNEDI’ GIOVEDI’  | ⁭ | MARTEDI’ VENERDI’  | MERCOLEDI’  |
| **di far uscire** l propri figli alle ore dal / / al / / nei seguenti giorni: |
| ⁭ | LUNEDI’  |  | MARTEDI’  | MERCOLEDI’  |
| ⁭ | GIOVEDI’  | ⁭ | VENERDI’  |  |

per il seguente motivo

I sottoscritti dichiarano di sollevare l’Istituzione Scolastica da ogni responsabilità relativa agli orari indicati.

Data

*\* (in caso di un solo genitore firmatario)*

Firma dei genitori

*Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta 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.*

Vista la domanda, considerate valide le ragioni;

SI AUTORIZZA

l’entrata posticipata/ l’uscita anticipata nei giorni indicati.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Jasmin Nonis