ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE n. 1

"don Lorenzo Milani"

Via Monfalcone n.414/A 19123 - LA SPEZIA ☐ 0187 711258☐0187 711018
C.F.91071830110 – C.M. SPIC814006 - C.U. UFF2EQ
INTESA SAN PAOLO IBAN: IT 64 U 03069 10700 100000046130
e-mail spic814006@istruzione.it PEC: spic814006@pec.istruzione.it sito www.isa1donmilanisp.edu.it

MODULO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INGRESSO POSTICIPATO / USCITA ANTICIPATA PER ALUNNI CON CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ SOGGETTI A TERAPIE MEDICHE/RIABILITATIVE

Al Dirigente Scolastico Dell'Istituto:

I sottoscritti:

Padre: nato a il

Madre: nata a il

(oppure chi esercita la responsabilità genitoriale / tutore legale)

dell'alunno/a:

Nato/a a: il

Frequentante la classe: Sezione: Plesso:

VISTI E RICHIAMATI I SEGUENTI RIFERIMENTI NORMATIVI:

- **Legge 5 febbraio 1992, n. 104** e s.m.i. (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- **D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66** e s.m.i. (Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità);
- **Decreto Interministeriale 29 dicembre 2020, n. 182** e s.m.i. (Adozione del modello nazionale di Piano Educativo Individualizzato - PEI e delle correlate linee guida), che prevede la possibilità di personalizzazione dell'orario scolastico per esigenze terapeutiche/riabilitative;
- **D.P.R. 8 marzo 1999, n. 275** (Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche);
- **D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445** (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa);
- **Artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile** (in materia di responsabilità genitoriale condivisa).

PREMESSO CHE L'alunno/a è riconosciuto/a in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92 ed è attualmente soggetto/a a terapie mediche/riabilitative continuative che devono essere inderogabilmente effettuate in concomitanza con l'orario scolastico, come da documentazione medica allegata e/o come previsto nel Piano Educativo Individualizzato (PEI),

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE n. 1

"don Lorenzo Milani"

Via Monfalcone n.414/A 19123 - LA SPEZIA ☐ 0187 711258☐0187 711018
C.F.91071830110 – C.M. SPIC814006 - C.U. UFF2EQ
INTESA SAN PAOLO IBAN: IT 64 U 03069 10700 100000046130
e-mail spic814006@istruzione.it PEC: spic814006@pec.istruzione.it sito www.isa1donmilanisp.edu.it

CHIEDONO

l'autorizzazione affinché il/la proprio/a figlio/a possa usufruire di permessi continui per ingresso/uscita nei seguenti giorni della settimana *(barrare le caselle interessate)*:

☐ Lunedì **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

☐ Martedì **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

☐ Mercoledì **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

☐ Giovedì **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

☐ Venerdì **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

☐ Sabato **Ingresso posticipato** alle ore: ☐ **Uscita anticipata** alle ore:

Per il seguente periodo: dal al

A TAL FINE, DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (ex art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000) CHE:

- Il/la minore sarà accompagnato/a a scuola o prelevato/a da scuola da (barrare l'opzione):
  - ☐ Uno dei genitori / esercenti la responsabilità genitoriale.
  - ☐ Persona maggiorenne delegata (in tal caso è necessario compilare l'apposito modulo di delega dell'Istituto e allegare i documenti di identità).
  - ☐ Servizio di trasporto dedicato / Ente preposto.
- Sono consapevoli che, in caso di uscita anticipata, la vigilanza e la responsabilità sui minori da parte dell'Istituzione Scolastica cessano nel momento in cui l'alunno/a viene affidato/a al genitore, alla persona delegata o all'ente di trasporto.
- Si impegnano a comunicare tempestivamente e per iscritto alla scuola qualsiasi variazione di orario o l'eventuale sospensione della terapia.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA:

1. Certificazione/Attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria (ASL o centro accreditato) o dal medico specialista recante i giorni e gli orari previsti per le terapie.
2. (Eventuale) Modulo di delega per il ritiro/accompagnamento con copia del documento di identità del delegato.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE n. 1

"don Lorenzo Milani"

Via Monfalcone n.414/A 19123 - LA SPEZIA ☐ 0187 711258☐0187 711018

C.F.91071830110 – C.M. SPIC814006 - C.U. UFF2EQ

INTESA SAN PAOLO IBAN: IT 64 U 03069 10700 100000046130

e-mail spic814006@istruzione.it PEC: spic814006@pec.istruzione.it sito www.isa1donmilanisp.edu.it

Luogo e Data: _____

Firma del Padre: _____

Firma della Madre: _____

(Nota bene: in base all'art. 316, comma 1, del Codice Civile, la responsabilità genitoriale è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori. Qualora il modulo sia firmato da un solo genitore, lo stesso dichiara sotto la propria responsabilità - ex art. 46 D.P.R. 445/2000 - di aver effettuato la scelta con il consenso dell'altro genitore).

INFORMATIVA PRIVACY *Ai sensi del* ***Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)*** *e del* ***D.Lgs. 196/2003*** *(Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali, inclusi quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 GDPR - dati relativi alla salute), forniti con il presente modulo, saranno trattati dall'Istituto Scolastico esclusivamente per ragioni istituzionali, in esecuzione di un compito di interesse pubblico, e per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta (frequenza scolastica e tutela del diritto allo studio e alla salute dell'alunno/a).*

Il presente modulo deve essere consegnato in segreteria.