



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO 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

nr. , genitore dell'alunno/a

nato/a a il , della ☐ classe ☐ sezione della

☐ **Scuola Infanzia**

☐ **Scuola Primaria**

☐ **Scuola Secondaria I grado,**

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

Il/La sottoscritto/a, 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/La Richiedente

La richiesta va documentata:

1. il calendario del centro di riabilitazione
2. copia documento del richiedente

Riservato all'Ufficio

Visto il calendario del Centro Riabilitativo

Si autorizza l'entrata ☐ - uscita ☐ alle ore

Data

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.^{ssa} Gabriella Liberti