AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C.”CITTA’ DEI BAMBINI”

**RICHIESTA PERMESSO DI ENTRATA POSTICIPATA**

**A.S. 20 \_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/madre dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante

la classe \_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_ [ ] **Scuola Primaria** [ ] **Scuola Sec. 1 grado** a.s. 20 \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

dell’I.C. “Città dei Bambini” *CHIEDE*

Alla S.V. che le venga concessa l’ENTRATA POSTICIPATA

alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allego: certificato medico specialistico.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si impegnano a venirlo a prendere personalmente o da persona delegata all’uscita dalla scuola esonerando in ogni caso l’Amministrazione scolastica e gli insegnanti da ogni responsabilità per fatti che si possono verificare all’alunno durante l’assenza da scuola e non procederanno alla richiesta di recupero delle perdita delle ore di insegnamento.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Compilazione a cura del Dirigente Scolastico

**AUTORIZZO l’entrata posticipata per il periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NON AUTORIZZO**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Vittoria Pomili

Consegnata copia all’Insegnante il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(i dati personali da lei forniti sono trattati nel rispetto della, o in conformità con, la normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento a: 1 – Il Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 art. 13 GDPR, 2 – il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 – Codice Privacy – come novellato dal Decreto Legislativo n. 101 del 10 agosto 2018; e ogni altro atto provvedimento, regolamento o disposizione delle competenti autorità per la protezione dei dati personali – “Normativa Privacy”.)*