

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRESIVO VR 2
SAVAL-PARONA

RICHIESTA DI VARIAZIONE DI ORARIO ALUNNO/A:

_____ (COGNOME ALUNNO/A)

_____ (NOME ALUNNO/A)

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a in oggetto frequentante la classe _____

della scuola _____

con il consenso dell'altro genitore che è a conoscenza di questa richiesta e la condivide
chiede l'autorizzazione alla variazione di orario del/la figlio/a dal _____ al _____

per i seguenti motivi:

- non frequenta le lezioni di religione cattolica
- non frequenta la mensa scolastica (per le scuole primarie)
- deve sottoporsi a terapie come da certificazione allegata
- per motivi di trasporto
- per l'intero anno scolastico in corso
- specificamente nei seguenti giorni della settimana:

giorno entrata ore uscita ore rientro ore

giorno entrata ore uscita ore rientro ore

giorno entrata ore uscita ore rientro ore

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 effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Verona,

firma del genitore

indirizzo mail

Tel. mobile

Visto, _____ si autorizza



Il Dirigente Scolastico
Prof. Margaret Bigardi