

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO 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 \_\_\_\_\_ 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: .....

.....

ALTRO:.....

.....

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

La Dirigente Scolastica  
Dott.ssa Rose Danelle Faso