



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO POLO 2 "VITTORIO BODINI"
ARNESANO - MONTERONI DI LECCE

Sede centrale: via Vetta d'Italia - 73047 Monteroni di Lecce (LE)

Tel. 0832/321010 - Fax 323868

Cod. Mecc. LEIC840001; C.F. 93011810756

email: leic840001@istruzione.it PEC: leic840001@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.comprensivobodini.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Frequenza alunni che svolgono terapie in orario scolastico – indicazioni operative

Al fine di adempiere alle formalità necessarie per autorizzare l'entrata posticipata e/o l'uscita anticipata degli alunni che si recano ad effettuare terapie riabilitative o logopediche, i genitori sono invitati a compilare il modulo allegato e consegnarlo in segreteria e /o via e- mail all'indirizzo leic840001@istruzione.it corredato dal certificato rilasciato dal centro riabilitativo con l'indicazione dei giorni e degli orari di terapia.

Si informano i genitori che gli alunni per i quali sarà accolta la richiesta dal Dirigente l'entrata/uscita per terapie, dovranno rispettare per l'intero anno scolastico l'orario richiesto.

La presenza dell'alunno a scuola nei giorni e orari previsti per le terapie, sarà consentita previo rilascio da parte del centro riabilitativo di comunicazione scritta che attesti il mancato svolgimento delle terapie in quello specifico giorno da consegnare al docente della prima ora che potrà così ammettere l'alunno in classe.

Si invitano i genitori a tenere conto dei tempi necessari agli spostamenti nell'indicazione degli orari di ingresso e di uscita.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Antonella AUGENTI

Firma omessa ai sensi dell'art. 3 D.L. 39/93

Al Dirigente Scolastico

IL/La sottoscritto/a _____

Genitore/Tutore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ Plesso _____ di questo Istituto

CHIEDE

Di poter far ENTRARE/USCIRE il proprio figlio/a per il seguente motivo: _____

Nei giorni:

LUNEDI': dalle: _____ alle: _____

MARTEDI: dalle: _____ alle: _____

MERCOLEDI': dalle: _____ alle: _____

GIOVEDI': dalle: _____ alle: _____

VENERDI: dalle: _____ alle: _____

Vista la documentazione allegata si accoglie/ non si accoglie la richiesta.

Data, _____

FIRMA

Visto Ds per accoglimento richiesta