

MODELLO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE FREQUENZA SCOLASTICA RIDOTTA

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ frequentante la scuola primaria/secondaria di primo grado

del plesso di _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa frequentare la scuola con il seguente orario settimanale ridotto :

	dalle ore	alle ore
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori

* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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