

RICHIESTA LEGATA A PARTICOLARE STATO DI SALUTE

I sottoscritti _____ e _____

Padre/Madre/tutore (barrare le voci che non interessano)

dell'alunn..... _____

Iscritt ___ per l'A.S. 2024/25 alla classe ___ sez. ___

CHIEDONO

che il proprio figlio/a possa essere autorizzato a :

In modo:

- permanente** (quando la richiesta viene presentata per l'intero anno scolastico)
 temporaneo (quando la richiesta viene presentata per una parte dell'anno scolastico),
per il periodo dal _____ al _____

per il seguente motivo:

*Si allega **certificato medico.***

Cagliari, ____/____/202_

In fede

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE _____