

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto di Istruzione Superiore Alberti-Dante
Prof. Marco Poli

Oggetto: Assistenza allo studio pomeridiano Liceo Musicale (plesso di via Puccinotti)

I sottoscritti

(Genitore 1) _____, C.F.

_____, nato a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____

e

(Genitore 2) _____, C.F.

_____, nato a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____

in qualità di _____ (genitori, tutore, etc.) del minore

_____ frequentante il Liceo Musicale,

classe ____ sezione ____

**presa visione dell'orario individuale delle lezioni pomeridiane del Liceo Musicale
del proprio figlio/a**

CHIEDONO

che il proprio figlio/a partecipi all'attività di studio assistito, nei locali del plesso di via Puccinotti:

- il LUNEDI dalle 13.00 alle 13.30
- il LUNEDI dalle 13.00 alle 14.30
- il MARTEDI' dalle 13.00 alle 13.30
- il MARTEDI' dalle 13.00 alle 14.30
- il MERCOLEDI' dalle 12.00 alle 12.30
- il MERCOLEDI' dalle 12.00 alle 13.30
- il GIOVEDI' dalle 13.00 alle 13.30
- il GIOVEDI' dalle 13.00 alle 14.30
- il VENERDI' dalle 13.00 alle 13.30
- il VENERDI' dalle 13.00 alle 14.30

I sottoscritti AUTORIZZANO l'uscita da scuola e il rientro nei locali scolastici **durante eventuali ore buche comprese nelle fasce orarie 14.30-17.30 (lunedì, martedì, giovedì, venerdì), 13.30-14.30 (mercoledì) e 11.00-12.00 (sabato).**

N.B.: Nel caso non sia stata selezionata una delle precedenti opzioni, barrare e compilare la sezione seguente:

I sottoscritti CHIEDONO che il proprio figlio/a, **non partecipando all'attività di studio assistito**, esca dall'Istituto nelle ore che intercorrono tra il termine delle lezioni del mattino e l'inizio delle lezioni pomeridiane di strumento/LMI.

I sottoscritti pertanto AUTORIZZANO il proprio figlio/a _____ a spostarsi autonomamente dai locali scolastici al termine dell'orario delle lezioni antimeridiane, in attesa di rientrare nel plesso di via Puccinotti per lo svolgimento dell'attività pomeridiana, senza alcuna responsabilità per la scuola, referenti di sede, docenti e personale ATA, nelle ore che intercorrono tra il termine delle lezioni del mattino e le lezioni pomeridiane di strumento/LMI.

I sottoscritti AUTORIZZANO l'uscita da scuola e il rientro nei locali scolastici **durante eventuali ore buche comprese nelle fasce orarie 14.30-17.30 (lunedì, martedì, giovedì, venerdì), 13.30-14.30 (mercoledì) e 11.00-12.00 (sabato).**

Luogo e data _____

Firma (1) _____

Firma (2) * _____

* (In alternativa): Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.

Luogo e data, _____

FIRMA DEL GENITORE _____

Si allega documento di riconoscimento valido