

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ IL _____ GENITORE DELL' ALUNNO/A

NATO A _____

IL _____, FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ. _____ DELLA SCUOLA***

(*** Specificare plesso e ordine di scuola: Infanzia-Primaria-Secondaria)

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 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

**RELATIVAMENTE AL PROPRIO FIGLIO/A QUANTO SEGUE:
COMUNICA**

☐ **TRASFERIMENTO IN ALTRA SCUOLA ITALIANA** E RICHIEDE CONTESTUALMENTE IL **NULLA OSTA** AL TRASFERIMENTO PER I SEGUENTI MOTIVI:

☐ **TRASFERIMENTO ALL'ESTERO/RIENTRO NEL PAESE DI ORIGINE** impegnandosi appena giunto/a/i, nel paese estero di destinazione, ad attivare le procedure di cancellazione dall'anagrafe nell'attuale comune di residenza del figlio/a sopraindicato, dichiarando di essere stato/a/i dalla Segreteria che il Dirigente Scolastico effettuerà i dovuti controlli per escludere qualsiasi situazione di evasione dell'obbligo scolastico: (SPECIFICARE NAZIONE), Paese Estero di destinazione: _____

☐ **RITIRO ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA :**

☐ **ASSENZA DALLE LEZIONI** DAL _____ AL _____ PER IL SEGUENTE MOTIVO

RICHIEDE

☐ **CERTIFICATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA** PER AS. 20 ____/20 ____ PER GLI USI CONSENTITI DALLA LEGGE (Specificare l'USO) :

☐ **MODIFICA SCELTA TEMPO SCUOLA** DA ORE _____ A _____ ORE A PARTIRE DA _____ PER IL SEGUENTE MOTIVO _____

☐ **ESONERO DALLE LEZIONI DI EDUCAZIONE FISICA** DAL _____ AL _____ (COMPRESO): A TAL FINE ALLEGA CERTIFICATO RILASCIATO DAL MEDICO.

☐ **ESONERO DALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO MENSA** A PARTIRE DA _____

☐ **AMMISSIONE** ALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO **MENSA** A PARTIRE DA _____

☐ **POSTICIPO dell' ENTRATA** A SCUOLA ALLE ORE DAL _____ AI _____ PER IL
SEGUENTE MOTIVO _____

☐ **ANTICIPO DELL'USCITA** A SCUOLA ALLE ORE DAL _____ AI _____ PER IL
SEGUENTE MOTIVO _____

☐ **RIMBORSO VERSAMENTO** DI EURO _____ PER LA SEGUENTE

MOTIVAZIONE: _____

CODICE FISCALE: _____

BANCA D'APPOGGIO: _____

CODICE IBAN: _____

RECAPITO/I TELEFONICO/I _____

INDIRIZZO/I EMAIL _____

Luogo e data _____

Cognome e nome 1° Genitore _____

Firma LEGGIBILE (*) _____

Cognome e nome 2° Genitore _____

Firma LEGGIBILE (*) _____

**Qualora la comunicazione in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.*

Visto del Dirigente Scolastico

Dott.ssa Raffaella Chiodini

(f.to digitalmente)

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza