



ISTITUTO COMPRENSIVO VAL TAGLIAMENTO  
Via della Maina, 29 - 33021 Ampezzo (Ud)  
Tel.0433 80131 E-mail: [udic82300r@istruzione.it](mailto:udic82300r@istruzione.it) PEC: [udic82300r@pec.istruzione.it](mailto:udic82300r@pec.istruzione.it)  
Codice Fiscale: 840034903 - C.M.: 82300R – C.U.U.: UF27SG

**Richiesta di USCITA DA SCUOLA PER VACCINAZIONE  
(DA CONSEGNARE ALLA SCUOLA)**

I sottoscritti Genitori/Tutori (cognome e nome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

Del minore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Frequentante la CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

**RICHIEDONO**

1) L'uscita da scuola del/la proprio/a figlio/a durante l'orario scolastico per l'effettuazione delle vaccinazioni proposte dall'ASL

(indicare le scelte con una X)

Provvedendo al ritiro alle ore \_\_\_\_\_

- di persona a ritirare il proprio figlio/a
- oppure delegando la seguente persona:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(in caso di delega va allegata copia del documento di identità del delegante e del delegato)

**OPPURE** in alternativa, per i Comuni di Ampezzo e Villa Santina:

- Fruendo del servizio di trasporto tramite scuolabus messo a disposizione dal Comune, con custodia a carico di terzi

2) Il rientro a scuola al termine delle vaccinazioni oppure si impegnano a comunicare all'Istituto le motivazioni in caso di mancato rientro.

data, \_\_\_\_\_

Firma dei Genitori/Tutori aventi potestà \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_