Al Dirigente Scolastico

II Circolo Bronte

Mail: ctee04800c@istruzione.it

**RICHIESTA PERMESSO PER TRATTAMENTO TERAPEUTICO O SANITARIO**

I sottoscritti

…………………………………………….. (PADRE)

………………………………………………(MADRE)

dell’alunno/a…………………………………………………………………\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante per l’A. S. 2021/22 la

 Scuola primaria classe …….. sez. ……..\_plesso …………………..\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Scuola dell’infanzia sez……….. plesso…………………………….\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

Di poter

 far entrare il/la proprio/a figlio/a a scuola alle ore …….. del/i giorno/i…………

 prelevare il/la proprio/a figlio/a da scuola alle ore …….. del/i giorno/i………….

per trattamento terapeutico o sanitario.

I richiedenti, a tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. sotto la propria responsabilità,

**DICHIARANO**

che non è possibile effettuare i trattamenti di cui il/la proprio/a figlio/a necessita al di fuori dell’orario scolastico.

I sottoscritti, altresì

**DICHIARANO**

Di assumere la piena e personale responsabilità della conseguente riduzione dell’orario scolastico e dell’impossibilità della scuola di organizzare modalità alternative di recupero delle ore di lezione non fruite

**DICHIARANO**

Infine,

di essere informati che, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, i dati forniti nel presente modello saranno trattati esclusivamente ai fini della presente richiesta e secondo le indicazioni contenute nell’informativa sul trattamento dei dati personali consultabile sul sito istituzionale della scuola all’indirizzo [www.brontesecondocircolo.edu.it](http://www.brontesecondocircolo.edu.it) , sez. privacy e protezione dati.

Bronte………. Firme dei genitori

 ………………………………….

 ………………………………….

Si allega alla presente calendario del trattamento terapeutico o sanitario rilasciato dalla seguente struttura

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_