



C.T.S.

Centro Territoriale Supporto

Istituto Comprensivo Statale "Sant'Angelo a Sasso"

Via G.Pascoli n°2 82100 BENEVENTO

CM BNIC86000N - tel 08241909565 C.F.92057610625

e-mail bnic86000n@istruzione.it bnic86000n@pec.istruzione.it

<http://www.icsantangeloasasso.edu.it>



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Sant'Angelo a Sasso"
Benevento

Il sottoscritt _____,
Padre/Madre dell'alunn _____,
frequentante la classe ____ sez. ____ della scuola Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria ☐

CHIEDE

sotto la propria responsabilità

l'ingresso posticipato ☐ l'uscita anticipata ☐

del giorno ____/____/____ o _____ alle ore _____

MOTIVO _____

Benevento, ____ ____ ____

Genitore 1

Genitore 2

Il/ La sottoscritto/a, 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.

Genitore