



## Ministero dell'Istruzione

### SCUOLA PRIMARIA E DELL'INFANZIA STATALE - "ARISTIDE GABELLI"

Via Eugenio L'Emiro, 30 - Codice Fiscale: **80013320827** - Codice Meccanografico: **PAEE019001**

Telefono Direzione: 091/214069 - 091/6524086 - 90135 - **PALERMO**

Sito web: [www.ddgabelli.edu.it](http://www.ddgabelli.edu.it) - E-mail: [pae019001@istruzione.it](mailto:pae019001@istruzione.it) - [pae019001@pec.istruzione.it](mailto:pae019001@pec.istruzione.it)

Al Dirigente scolastico  
della Scuola Primaria e dell'Infanzia Statale  
"A. Gabelli"  
Palermo.

Oggetto: DELEGA PRELEVAMENTO ALUNNI E RICHIESTA ENTRATA- USCITA ANTICIPATA/POSTICIPATA **PER TERAPIA** -  
A.S. 20\_\_\_/\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunn \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto alla classe/sezione \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_

#### **CHIEDONO**

L'autorizzazione, sollevando la scuola da qualsivoglia responsabilità che il proprio figlio/a possa:

Essere prelevato/a tutto l'anno scolastico tramite delega dai Sig.:

Per la richiesta suddetta allega la seguente documentazione: FOTOCOPIE CARTE IDENTITA' DI ENTRAMBI I GENITORI DELL' ALUNNO DI CUI A SEGUIRE SI RIPORTANO GLI ESTREMI; FOTOCOPIE CARTE DI IDENTITA' DEI DELEGATI ( MAX 2). TUTTI I DOCUMENTI SONO IN CORSO DI VALIDITA'. (**NON SI POSSONO DELEGARE SOGGETTI MINORENNI**).

1) Documento di identità padre n. \_\_\_\_\_ Rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (recapito tel. \_\_\_\_\_)

2) Documento di identità madre n. \_\_\_\_\_ Rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (recapito tel. \_\_\_\_\_)

ENTRARE alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_; alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_; alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_.

USCIRE alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_; alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_; alle ore \_\_\_\_\_ nel giorno di \_\_\_\_\_. senza rientro a scuola / con rientro a scuola alle ore: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; alle ore \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; alle ore il \_\_\_\_\_.

Per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

Per la richiesta suddetta allega la seguente documentazione:

Certificato rilasciato dal Centro di riabilitazione o dal medico presso cui si reca il bambino per la terapia (nel certificato dovranno essere specificati i giorni e gli orari in cui l'alunno è impegnato nelle sedute specialistiche).  
Palermo \_\_\_\_\_ Firma dei Genitori

PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta del genitore;

Ritenute le motivazioni:  Valide

Non valide

Autorizza la richiesta suesposta;

Non Autorizza la richiesta suesposta;

Palermo \_\_\_\_\_

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Dott.ssa Marcella Polimeno