Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Piazza Winckelmann"
da inviare a rmic8ec00c@istruzione.it
e contestualmente a enrica.grigoli@icpiazzawinckelmann.edu.it

Oggetto: Richiesta di rientro anticipato a scuola prima della scadenza della prognosi (Art. 43 Regolamento d'Istituto)

Il/La sottoscritto/a

_____

in qualità di (barrare la voce interessata): ☐ genitore ☐ tutore legale

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola (barrare):

☐ infanzia
☐ primaria di via Lanciani
☐ Primaria di via Nomentana
☐ Secondaria di I grado

CHIEDE

l'autorizzazione al rientro anticipato a scuola del/la proprio/a figlio/a a partire dal giorno ___/___/_____ nonostante il periodo di prognosi non sia ancora terminato.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevoli delle disposizioni regolamentari vigenti,

DICHIARA

- **Che l'alunno/a è pienamente autosufficiente nell'utilizzo dei servizi igienici e non necessita di accompagnamento o assistenza da parte del personale scolastico per tale specifica esigenza.**
- Di impegnarsi a istruire il/la proprio/a figlio/a sul rispetto delle misure di cautela e sicurezza che la sua condizione richiede all'interno dell'ambiente scolastico.

CHIEDE INOLTRE (barrare le voci di interesse)

☐ **Agevolazioni logistiche e di accessibilità**, compatibilmente con l'organizzazione interna dei plessi e previa verifica delle condizioni di sicurezza generali (l'Istituto valuterà la fattibilità tecnica in base alla compresenza di più situazioni di fragilità):

☐ Utilizzo dell'ascensore di plesso.

☐ Spostamento temporaneo della classe al piano terra.

☐ **Autorizzazione all'accesso per l'accompagnamento:** l'accesso per un genitore (o delegato) ai locali dell'Istituto per accompagnare l'alunno/a fino all'aula all'ingresso e a prelevarlo/a all'uscita, provvedendo anche al trasporto dello zaino, per evitare di distogliere il personale scolastico dai compiti di sorveglianza.

Nominativo dell'accompagnatore autorizzato (se diverso dal richiedente):
_____ N.B. occorre procedere comunque all'autorizzazione formale

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. **Certificato medico** attestante la compatibilità della salute dell'alunno/a con la frequenza scolastica comunitaria e l'indicazione di eventuali esoneri (es. scienze motorie/attività pratiche).

Luogo e data: _____ Firma del genitore / tutore

_____

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

VISTA la richiesta presentata e l'allegata certificazione medica,

VERIFICATE le condizioni di sicurezza e la compatibilità con l'organizzazione interna dell'Istituto,

☐ **SI AUTORIZZA** il rientro anticipato dell'alunno/a alle condizioni richieste.

☐ **NON SI AUTORIZZA** il rientro anticipato per i seguenti motivi: _____

_____

Si dispongono le seguenti misure organizzative interne (se applicabili):

☐ Uso ascensore ☐ Spostamento aula a piano terra ☐ Accesso genitore/delegato

Data: ____/____/_____ Il Dirigente Scolastico

_____