



Ministero della Pubblica Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"

VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D'ARCO
Distretto n° 31 – C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003
Telefono e fax 081/3177304 – e mail NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT
Sito Web: www.ic1dacquistoleone.edu.it - postacertificata: NAIC8G1003@pec.istruzione.it

Pomigliano d'Arco, 03/09/2024

Circ.n. 3

**Ai genitori interessati
A tutto il personale docente e ATA
AL SITO WEB**

Oggetto: comunicazione orari terapie alunni - Decreto Interministeriale 153 del 1 agosto 2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la normativa vigente (Decreto Interministeriale 153 del 1 agosto 2023), che reintroduce la possibilità per gli alunni con disabilità di assentarsi in modo continuativo ai soli casi documentati e su richiesta della famiglia e degli attori sanitari;

COMUNICA

che per usufruire della possibilità di assentarsi in modo continuativo, i signori genitori/esercenti la potestà genitoriale, dovranno inoltrare agli uffici di segreteria, alla e-mail naic8g1003@istruzione.it entro il giorno 16 settembre e comunque tempestivamente, la richiesta (mediante modello allegato) unitamente al certificato del Centro di riabilitazione di riferimento.

Si allega il modello per la richiesta

Tanto si doveva per gli adempimenti di competenza.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Tiziana Rubinacci

Pomigliano d'Arco, _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. 1 "D'Acquisto-Leone"
di Pomigliano d'Arco

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____ e la
sottoscritta nata a _____ il

Genitori dell'ALUNNO _____

- frequentante la Scuola Primaria Classe _____
- frequentante la Scuola dell'Infanzia Sezione _____
- frequentante la Scuola Secondaria di Primo Grado Classe _____

COMUNICANO

Che il proprio figlio sarà sottoposto a terapia presso il:

Centro _____ sito in _____

Terapia privata _____ presso _____

nei seguenti giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

L' alunno per motivi relativi alle sopracitate terapie farà:

- ingresso a scuola alle ore _____
- uscita da scuola alle ore _____.
- Nei giorni _____
non ci sarà frequenza scolastica

Alla presente segue documentazione del Centro di riabilitazione/terapisti privati con orari delle terapie e riferimenti quali e-mail e telefonici per eventuali necessità di contattarli da parte dell'istituzione scolastica.

IN FEDE

I sottoscritti ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 e ss, del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, attestano il proprio libero consenso affinché il titolare proceda al trattamento dei dati forniti.

I dati forniti saranno utilizzati soltanto con finalità interne di organizzazione del servizio e non saranno comunicati ad alcun ente esterno.

IN FEDE
