



ISTITUTO COMPRENSIVO

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA PRIMO GRADO-SERRASTRETTA DECOLLATURA

Via Italia - Tel. 096881006 - E-mail: czic813004@istruzione.it – Sito web: www.ic serrastretta.edu.it

Codice Meccanografico: CZIC813004 – CODICE FISCALE: 82006460792

88040 SERRASTRETТА (CZ)

RICHIESTA DI ESONERO DALL'ATTIVITÀ DIDATTICA per TERAPIA ALUNNO CON BES – PATOLOGIA TEMPORANEA, ALTRO CASO

Il/La Sottoscritt _____ nato/a il/...../..... genitore dell'alunno/a _____ classe _____ della scuola Primaria/Secondaria di I Grado (cancellare la voce che non interessa) di _____

CHIEDE PER IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

la concessione dell'autorizzazione all'uscita anticipata e/o ritardo all'ingresso per l'intero anno scolastico per un breve periodo dal .../.../..... al .../.../..... nei seguenti giorni (barrare i giorni di interesse, specificando orario di uscita anticipata/ritardo all'ingresso):

<input type="checkbox"/>	Lunedì dalle ore alle	<input type="checkbox"/>	Mercoledì dalle ore alle	<input type="checkbox"/>	Venerdì dalle ore alle
<input type="checkbox"/>	Martedì dalle alle	<input type="checkbox"/>	Giovedì dalle ore alle	<input type="checkbox"/>	Sabato dalle ore alle

in quanto impegnato/a in

<input type="checkbox"/>	TERAPIA PER ALUNNO BES presso
<input type="checkbox"/>	TERAPIA PER EVENTO TRAUMATICO/PATOLOGIA CERTIFICATA
<input type="checkbox"/>	ALTRO CASO (SPECIFICARE)

DICHIARA CHE LO STUDENTE SI IMPEGNERÀ A:

- Garantire, anche con una diversa modulazione periodica degli orari di terapia, una presenza minima indispensabile per consentire gli apprendimenti fondamentali allo/a alunno/a e al docente di poterlo/a valutare, qualora la richiesta di esonero vada ad interessare tutte le ore settimanali di una disciplina;
- recuperare gli appunti e il materiale eventualmente consegnato alla classe e svolgere i compiti assegnati compatibilmente con lo stato di salute;

Allega la seguente documentazione (indicare la tipologia di certificazione allegata)

<input type="checkbox"/>	Certificazione del Centro di Terapia per alunni con BES	<input type="checkbox"/>	Certificazione medica e/o specialistica per terapia evento traumatico	<input type="checkbox"/>	Altro
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	-------------

Data/...../.....

Firma _____

AUTORIZZAZIONE

(da compilare a cura della Presidenza)

- Si esonera l'alunno/a di cui nell'istanza genitoriale
Eventuali osservazioni o limitazioni:
- Non si esonera l'alunno/a con la seguente motivazione:

Il Dirigente Scolastico
Dott. Antonio Caligiuri

Si ricorda che:

- se necessario, la Scuola si impegna a redigere un Piano di STUDIO Personalizzato (PSP) o attivare il Progetto Studente-Athleta di alto livello (se sussistono i requisiti), per rendere possibile il monitoraggio e la valutazione dell'apprendimento dello studente nelle ore di presenza a scuola;
- qualora lo studente superi il numero massimo di ore di assenza e non si possa esprimere una valutazione corretta in tutte le materie per mancanza di un adeguato numero di verifiche, NON sarà possibile andare in deroga alla validità dell'anno scolastico e, pertanto, lo studente non sarà ammesso alla classe successiva.

SCUOLE INFANZIA SERRASTRETТА		SCUOLE INFANZIA DECOLLATURA		SCUOLE PRIMARIE SERRASTRETТА		SCUOLE PRIMARIE DECOLLATURA		SCUOLE SECONDARIE DI I GRADO		
Angoli Via De Gasperi 0968 86331	Serrastretta Vico V Castello 0968 81006	San Bernardo Via D'Annunzio	Cerrisi Via Roma 0968 61691	Cancello Via San Giorgio 0968 634511	Serrastretta Via Italia 0968 81006	Casenove Corso Umberto I 0968 61163	San Bernardo Via Cianflone 0968 61944	Decollatura "M. Pane" Corso Umberto I 0968 61163	Serrastretta Via Italia 0968.81006	Migliuso Via Mazzini 0968.356648