

Sede centrale - Presidenza e Segreteria: Via Consolare Antica snc 98071 CAPO D'ORLANDO (ME)

Codice Fiscale 95029310836 - Codice Meccanografico MEPS22OOOL - Tel. 0941/902103

Email: *meps22000l@istruzione.it* - PEC: *meps22000l@pec.istruzione.it* - Sito Web: *www.liceoluciopiccolo.edu.it*

Plesso C/da S. Lucia, 34 - Capo d’Orlando (ME) Tel. 0941/901050

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**OGGETTO: Permesso di entrata posticipata/uscita anticipata a.s 2019-2020**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto e frequentante la **classe** \_\_\_\_\_\_\_\_ **sez**.\_\_\_\_\_\_ **corso** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’a.s. 2019/2020, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **dichiara**

che per raggiungere la sede dell’Istituto Scolastico l’alunno si avvale dell’azienda di autotrasporti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il tragitto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e viceversa o altri mezzi (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

**CHIEDE**

alla S.V. il permesso di entrata posticipata / uscita anticipata, al fine di poter usufruire delle modalità di trasporto sopra indicate:

- alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ nel / i giorno/i di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con arrivo a Capo d’Orlando alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_

- alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ nel / i giorno/i di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con partenza da Capo d’Orlando alle ore \_\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto solleva l’Istituto da ogni responsabilità circa eventuali incidenti che potrebbero verificarsi fuori dal plesso scolastico.

Capo d’Orlando, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. IL GENITORE ALLEGA COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA'**

**Riservato alla segreteria**

**Parere del Dirigente Scolastico:**

 **[ ] si autorizza alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] non si autorizza**

 Il Dirigente scolastico

 Prof.ssa Margherita Giardina