|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO “LUIGI DENZA – C.MARE 4”****80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d’Orto****tel****.: 081/8701043****email****:* *NAIC847006@istruzione.it****P.E.C.*** *naic847006@pec.istruzione.it* ***Codice Meccanografico*** *NAIC847006 –* ***C.F.*** *82009060631* |  |

AL Dirigente scolastico

dell’IC DENZA-C.MARE 4

**Oggetto: Richiesta di partecipazione genitori ad uscita didattica motivata da gravi condizioni di salute dell’alunno.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequente la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ordine di scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREMESSO CHE:**

mio figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è affetto/a da grave patologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che quest’ultima comporta la necessità di assumere il seguente farmaco salvavita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e monitorare costantemente parametri vitali

**RICHIEDE:**

per le motivazioni ampiamente descritte in premessa, di poter partecipare all’uscita didattica presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA, contestualmente, di:**

* Di aver provveduto, a proprie spese, ad effettuare copertura assicurativa a favore dell’Istituto scolastico I.C. “DENZA-C.MARE 4” con polizza n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compagnia assicurativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che copre me medesimo, genitore (Indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in caso di incidenti o infortuni durante la gita/uscita didattica presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Si allega copia copertura assicurativa);
* Di rinunciare ad ogni risarcimento danni subiti o subendi derivante da eventi e/o infortuni che occorrano a me medesimo genitore(indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante l’uscita didattica presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_organizzata dall’IC “DENZA-C.MARE 4”, la cui mia presenza e partecipazione è motivata, unicamente, dalla necessità di assistere mio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affetto da gravi patologie.

Castellammare di Stabia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL GENITORE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico, vista la richiesta del genitore ptot.n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_ considerata la grave motivazione esplicitata dal genitore, in via del tutto eccezionale, e tenuto conto delle gravi patologie di salute dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* autorizza
* Non autorizza

Il/la sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partecipare all’uscita didattica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 Prof.ssa Annapaola di Martino