Al Dirigente Scolastico I. C. “M. M. Boiardo”
Via Corti, 39 42019 Scandiano (RE)

OGGETTO: Autorizzazione uscita autonoma da Scuola (L. 4/12/2017 n. 172)

I sottoscritti:

_____nato a_____il _____
(**cognome e nome** del padre/ tutore legale)

_____nato a_____il_____
(**cognome e nome** della madre/ tutore legale)

in qualità di genitori/tutori dell’alunno/dell’**alunno/a**_____

nato/a a_____ il_____,

iscritto/a alla Scuola Secondaria di primo grado per l’a.s. ____/____ alla **classe** _____

RITENUTI sussistenti i presupposti di cui all’art. 19 bis del D. L. 16.10.2017 n. 148 convertito il Legge 4.12.2017 n. 172 e pertanto tenuto conto dell’età del minore, del suo grado di maturazione e dello specifico contesto;
RITENUTO altresì di favorire il processo di autoresponsabilizzazione del minore;
CONSAPEVOLI che il presente atto esonera il personale scolastico dalla responsabilità connessa all’adempimento dell’obbligo di vigilanza al termine delle lezioni, anche con specifico riferimento al tempo di sosta presso la fermata del mezzo di trasporto scolastico e alle operazioni di salita e/o discesa dal mezzo predetto

AUTORIZZANO (APPORRE UNA X)

☐ l’Istituto Comprensivo “M. M. Boiardo” a consentire l’uscita autonoma del/la proprio/a figlio/a dai locali scolastici al termine dell’orario delle lezioni ed eventualmente ad avvalersi in modo autonomo del servizio di trasporto.

☐ l’Istituto Comprensivo “M. M. Boiardo” a consentire l’uscita autonoma del/la proprio/a figlio/a dai locali scolastici al termine dell’orario dei corsi o progetti che si svolgono all’interno dell’Istituto anche in orario extra curriculare.

☐ (scelta valida per il terzo anno della scuola secondaria di primo grado) l’Istituto Comprensivo “M. M. Boiardo” a consentire l’uscita autonoma del/la proprio/a figlio/a dai locali scolastici al termine del tempo minimo consentito per lo svolgimento delle prove d’esame scritte, dopo aver consegnato l’elaborato e subito dopo aver terminato il colloquio dell’Esame di Stato.

Tale autorizzazione è valida fino a conclusione del ciclo scolastico o fino a revoca scritta da parte dei genitori/tutori.

DATA: Scandiano,_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

1_____ 2_____

ALLEGARE le copia del documento di identità del\i soggetto\i dichiarante\i