



Liceo Scientifico Statale "Antonio Vallisneri"

Scientifico - Scienze Applicate - Biologia con Curvatura Biomedica - Linguistico

Certificazione di qualità CAF - Agenzia formativa Regione Toscana - cod. accreditamento LU0639

OGGETTO: Richiesta **ENTRATA POSTICIPATA** permanente a.s. _____

RICHIESTA

COGNOME E NOME DELLO STUDENTE					
CLASSE		ORARIO DI ENTRATA RICHIESTO			
GIORNI DELLA SETTIMANA		<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	
		<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì	<input type="checkbox"/> Sabato	<input type="checkbox"/> Tutti

DATI INFORMATIVI

INDIRIZZO ABITAZIONE								
MEZZO PUBBLICO UTILIZZATO								
<input type="checkbox"/> Treno					<input type="checkbox"/> Autolinee Toscane linea urbana		<input type="checkbox"/> Autolinee Toscane linea extraurbana	
ORARIO DI ARRIVO		MEZZO PRECEDENTE	Orario di partenza	Orario di arrivo				
LUOGO DI ARRIVO (es. Piazzale Verdi)								
LINEA (es. Lucca/Altopascio o numero navetta, ecc.)			TEMPO DI PERCORRENZA PER L'ARRIVO					
ULTERIORI OSSERVAZIONI A SOSTEGNO DELLA RICHIESTA								

LO SCRIVENTE, GENITORE DELL'ALUNNO SOPRA INDICATO A COMPLETAMENTO DELLA PRESENTE RICHIESTA

1. SI IMPEGNA QUALORA VENGANO MENO NEL CORSO DELL'ANNO I MOTIVI CHE SONO ALLA BASE DELL'ISTANZA (CAMBIAMENTO ORARIO DEI MEZZI DI TRASPORTO, USO DEL MEZZO PROPRIO, ECC.) AD INFORMARE LA SCUOLA DEL VENIRTE MENO DELL'ESIGENZA DI USCITA ANTICIPATA.
2. DICHIARA DI ESONERARE LA SCUOLA, I DOCENTI E IL DIRIGENTE SCOLASTICO O I SUOI SOSTITUTI DA QUALSIASI RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE PER TUTTI GLI EVENTUALI DANNI CHE IL PROPRIO FIGLIO POSSA SUBIRE "IN ITINERE" E A NON CHIEDERE ALLO STATO O AI SUOI RAPPRESENTANTI PER NESSUN MOTIVO IL RIMBORSO DELLE SPESE PER DANNI CUSATI A TERZI O AL PROPRIO FIGLIO PER INCIDENTI CHE POSSANO OCCORRERE IN CONSEGUENZA DELL'EVENTUALE AUTORIZZAZIONE.

ALLEGATI:

- FOTOCOPIA DELL'ORARIO ANCHE SCARICATO DA INTERNET
- FOTOCOPIA DELL'ABBONAMENTO
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEI GENITORI O DELL'ALUNNO MAGGIORENNE

Firma del genitore o dello studente maggiorenne

Data, _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

- L'AUTORIZZAZIONE É CONCESSA
- L'AUTORIZZAZIONE NON É CONCESSA
- L'AUTORIZZAZIONE É CONCESSA CON LE SEGUENTI MODALITA'

Il Collaboratore Delegato