

OGGETTO: Richiesta di inserimento nelle classi sperimentali a cd *settimana corta*

I sottoscritti

(*cognome e nome di un genitore*) _____

nat _____ il _____ a _____ e residente a _____

Prov. _____ cap _____ Via/ Piazza _____ n° _____

(*cognome e nome dell'altro genitore*) _____

nat _____ il _____ a _____ e residente a _____

Prov. _____ cap _____ Via/ Piazza _____ n° _____

recapito telefonico prescelto _____ Indirizzo email prescelto _____

in qualità di genitori di (**Cognome**) _____ (**Nome**) _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

a integrazione della domanda di iscrizione del suindicato alunno, alla classe I della Scuola secondaria di 1° grado per l'a.s. 2024/25 effettuata presso il plesso *Domenico Cotugno*

CHIEDONO

che lo stesso sia inserito/a nelle classi sperimentali con orario scolastico di 6 ore giornaliere per cinque giorni settimanali – cd *settimana corta* – lezioni dal lunedì al venerdì

I sottoscritti sono consapevoli che

- la richiesta avrà durata per l'intero corso di studi (3 anni) ed è irrevocabile
- le domande saranno accolte nell'ordine di consegna presso Ufficio Protocollo via S.Ten Ippedico 11 a Ruvo di Puglia e con precedenza secondo i criteri indicati nella Com.439/2024
- la semplice presentazione della richiesta non comporta alcun diritto all'inserimento nelle classi

Ruvo di Puglia, li _____

FIRMA DEI GENITORI RICHIEDENTI

In caso di impossibilità di un genitore alla firma, il genitore che compila, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000,

DICHIARA

di aver operato in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale e in pieno consenso con l'altro genitore (art. 316, 337 ter 337 quater cod civ) impossibilitato alla sottoscrizione per lontananza, incapacità o altro impedimento (art. 317 cod.civ.)

Ruvo di Puglia, li _____

FIRMA DEL GENITORE COMPILANTE
