

	<p><i>Istituto Comprensivo Statale "BEATO ANGELICO"</i></p> <p>Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE - Tel. 055362535 – 055350238 - Fax 055366835 http://www.comprensivobeatoangelico.gov.it E-mail: fiic86000c@istruzione.it – Pec: fiic86000c@pec.istruzione.it C.F. 94202760487</p>	
---	--	---

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Beato Angelico"**

Oggetto: Autorizzazione all'uscita autonoma da Scuola al termine delle attività didattiche per l'Anno Scolastico 20___/20___ ai sensi dell'art. 19bis del D.L. n. 148 del 16.10.17 convertito in L. n. 172 del 4.12.17.

I/il sottoscritti/o _____
genitori/e esercenti/e la patria potestà dell'alunno/a _____
iscritto/a e frequentante per l'Anno Scolastico 20___/20___ la classe ___ sez ___ del plesso _____, con la presente

DICHIARANO/DICHIARA

- di avere preso visione degli orari delle attività didattiche praticati nella Scuola suddetta;
- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola;
- di essere consapevoli/e che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza ricade interamente sulla famiglia esercente la patria potestà o sugli affidatari o sui tutori;
- di essere consapevoli/e delle responsabilità e dei rischi conseguenti a quanto con la presente autorizzato, avendo considerato le caratteristiche del percorso casa-scuola e i potenziali pericoli, avendo valutato il comportamento abituale del/della proprio/a figlio/a, ritenendo utile al suo percorso di crescita una progressiva autonomia;
- di essere consapevoli/e che la presente Autorizzazione sarà valida per l'intero Anno Scolastico 20___/20___ salvo revoca scritta;

e pertanto

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad uscire autonomamente da scuola al termine dell'orario delle attività didattiche esonerando in tal modo il personale scolastico dalla responsabilità connessa all'adempimento dell'obbligo di vigilanza.

Firenze, _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà