ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"G.A. PISCHEDDA" di BOSA

VIALE ALGHERO – 09089 BOSA (OR) ORIS00800B – C.F. 01343680912
☎ 0785/373221-605265.
-Mail: oris00800b@istruzione.it oris00800b@pec.istruzione.it
Sito web: www.iisgapischeddabosa.edu.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI DEROGA AL DIVIETO DI UTILIZZO DEL TELEFONO CELLULARE/SMARTPHONE A SCUOLA

(Ai sensi del Regolamento d'Istituto sull'utilizzo di telefoni cellulari e dispositivi mobili, approvato dal Consiglio d'Istituto in data 31.10.2025)

Il/La sottoscritto/a

Genitore/Tutore Legale di:

(Cognome e Nome dello Studente):

_____

Classe: _____ Sezione: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

CHIEDE

alla Dirigente Scolastica dell'Istituto, l'autorizzazione per il/la proprio/a figlio/a a detenere e utilizzare il telefono cellulare/smartphone all'interno dell'Istituto durante l'orario scolastico, limitatamente alle necessità di seguito specificate, in deroga al divieto generale previsto dal Regolamento sull'uso dei dispositivi mobili.

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

(Barrare la casella corrispondente e specificare dettagliatamente):

☐ Necessità legate alla tutela della salute dello studente

(ad es. monitoraggio glicemico, gestione di patologie croniche, ecc.)

Specificare dettagliatamente la condizione e le modalità d'uso necessarie:

_____

_____

_____

☐ Altro motivo eccezionale e strettamente motivato

(Specificare con precisione la natura della necessità e perché non possa essere soddisfatta con altri mezzi)

_____

_____

_____

DICHIARA

di essere consapevole che l'autorizzazione, se concessa, è strettamente limitata alle attività e alle modalità indicate nella presente richiesta e nel provvedimento di autorizzazione.

È consapevole che, anche in caso di autorizzazione, il cellulare/smartphone non dovrà mai essere tenuto sul banco durante le lezioni, salvo esplicita e temporanea necessità legata alla motivazione concessa.

È consapevole che l'eventuale autorizzazione non comporta alcuna responsabilità da parte dell'Istituzione Scolastica per eventuali smarrimenti, furti, rotture o malfunzionamenti del dispositivo. Il/La sottoscritto/a si assume ogni responsabilità e rinuncia espressamente a qualsiasi richiesta risarcitoria nei confronti della scuola per i suddetti eventi.

Autorizza la scuola a comunicare, nel rispetto della privacy, l'avvenuta concessione della deroga e la sua motivazione ai docenti della classe del/la proprio/a figlio/a, affinché possano vigilare sul corretto utilizzo del dispositivo.

ALLEGATI (se applicabile):

☐ Certificazione medica che attesta la necessità (obbligatoria per le richieste legate alla salute).

Luogo e Data: _____

Firma del Genitore/Tutore Legale: _____

PARTE RISERVATA ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

Richiesta:

☐ Accolta

☐ Respinta

Motivazione del provvedimento (in caso di diniego o per specificare i limiti dell'autorizzazione concessa):

_____

_____

_____

Durata dell'autorizzazione:

☐ Per l'intero anno scolastico 2025/2026

☐ Fino al: /_____

☐ Altre: _____

Firma della Dirigente Scolastica: _____

Data del provvedimento: /_____

Timbro dell'Istituto