Al Dirigente Scolastico

I.C. "Oberdan-Vittorio Emanuele III"Andria

Oggetto:RICHIESTA ORARIO RIDOTTO ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI

Io sottoscritto……………………….....................................…………………………….(CF )nato

a…………………………………………..pr.………………..……il…………………………………residente a………………......................

prov……………Via…………………………………………………………n°…………cell............................................................................

Io sottoscritto……………………….....................................…………………………….(CF )nato

a…………………………………………..pr.………………..……il…………………………………residente a………………......................

prov……………Via…………………………………………………………n°…………cell............................................................................

In qualità di genitori/esercenti responsabilità genitoriali dell’alunno/a

……………………........................................…………………………..…………………. frequentante la classe dell’anno

scolastico.......................................... dellaScuola pienamente

consapevoli del minor tempo scuola usufruitodall’alunno/a

# CHIEDONO

La riduzione dell’orario giornaliero secondo il seguente schema : Lunedi dalle ore \_\_\_\_alleore

Martedi dalle ore alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mercoledi dalle ore alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giovedi dalle ore alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venerdi dalleore alle ore

Per il periodo dal al

Si rende necessaria una riduzione oraria per i seguenti motivi:

* Personali e familiari
* Indicazioni della Diagnosi Clinica
* Relazioni prodotte dagli operatori sanitari
* Accordi con i Servizi Sociali
* Altro

Data…………………………………………….

Firma padre………………………………………………………………………………….

Firma madre………………………………………………………………………………..

# Allegati:Fotocopia della Carta di identità dei dichiaranti documentazione e/o autocertificazione

**Il Dirigente Scolastico acquisito il parere del Consiglio di classe in data con prot. n°**

# Il parere GLO in data con prot.n°

**CONCEDE Il Dirigente Scolastico**

# Prof.ssa Maria Teresa NATALE