

Al Dirigente Scolastico
1° Circolo "G. Oberdan"
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..... della Scuola pienamente
consapevoli del minor tempo scuola usufruito dall'alunno/a

CHIEDONO

la riduzione dell'orario giornaliero secondo il seguente schema:

Lunedì dalle ore _____ alle ore _____

Martedì dalle ore _____ alle ore _____

Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____

Giovedì dalle ore _____ alle ore _____

Venerdì dalle ore _____ alle ore _____

Per il periodo dal _____ al _____

Si rende necessaria una riduzione oraria per i seguenti motivi:

Personalità 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 Palma Pellegrini