**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

**C H I E D O N O**

la riduzione dell'orario giornaliero secondo il seguente schema:

Lunedi dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Venerdi dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 Palma Pellegrini**