

OGGETTO: richiesta riduzione orario scolastico

Il/la/i sottoscritto/a/i _____
genitore/i/tutore/i dell'alunno/a _____
classe _____ sez. _____ della Scuola _____
di _____

CHIEDE/ CHIEDONO

una riduzione dell'orario di frequenza scolastica

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per il seguente motivo

frequenza presso centro _____ per

- terapia psicologica/logopedica/psicomotoria
- altro (specificare) _____

(come da certificato allegato)

La presente richiesta si intende valida:

- per l'intero anno scolastico
- per il periodo da _____ a _____.

Si allega la relativa documentazione.

Firma dei genitori/tutore/i

ATTENZIONE: Compilare la parte sottostante solo nel caso di firma di un solo genitore

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma _____

_____, li _____

- autorizza
- non autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Benedetta Maria Fallica