

Al/la Dirigente Scolastico/a
dell'I.C. "E. Galvaligi"
di Solbiate Arno

Oggetto: Richiesta riduzione orario

Il/La sottoscritto/a, nato/a a.....,
residente a, padre/madre dell'alunno/a.....
frequentante la Classe Sez.....della scuola Primaria/Secondaria di

CHIEDE

una riduzione dell'orario di frequenza scolastica

per il giorno dalle ore..... alle ore.....

per il giorno dalle ore..... alle ore.....

per il giorno dalle ore..... alle ore.....

per il seguente motivo:

- Frequenza Centro.....
- Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso

Quindi (nome dell'alunno/a).....sarà presente a scuola nei seguenti giorni e orari

O. Lunedì. dalle ore alle ore

O. Martedì. dalle ore..... alle ore.....

O. Mercoledì dalle ore.....alle ore.....

O. Giovedì dalle ore alle ore

O. Venerdì dalle ore..... alle ore.....

La presente richiesta si intende valida:

O. per l'intero anno scolastico

O. per il periodo dal..... al.....

Si allega la relativa documentazione.

Solbiate Arno,

In fede

.....

Il/la Dirigente Scolastico/a, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria

.....
.....

Solbiate Arno, lì.....

Il/la Dirigente Scolastico/a

.....