



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ROVELLASCA**

Cod. Min. COIC831007
C.F. 80018640138



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
2014-2020
PER LA SCUOLA - COME TERZO AMBIENTE PER L'APPRENDIMENTO - FEOP



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzioni Regionali per l'Autonomia Scolastica
Ufficio per lo sviluppo del territorio e per
l'Innovazione e per l'Inclusione Sociale
MUR

Data.....

Oggetto: richiesta di riduzione d'orario per l'alunno/a.....

Il/La sottoscritto/a.....

padre/madre dell'alunno/a

frequentante la classe.....plesso.....

presso l'Istituto Comprensivo Statale Rovellasca, richiede che il proprio figlio/a segua il seguente orario scolastico non corrispondente all'orario curriculare della classe in cui è inserito/a :

Indicare :

1) L'entità della riduzione dell'orario di frequenza a scuola
alcuni esempi esplicativi:

- dal lunedì al venerdì arrivo presso l'Istituto scolastico alle ore 9.00 (seconda ora) – uscita dall'edificio scolastico alle ore 12.00/12.30.
- esonero dalla frequenza delle lezioni per un'intera giornata scolastica.

2) La motivazione per tale richiesta (selezionare la motivazione)

- *in relazione al servizio di trasporto scolastico Socio Sanitario*
- *per dare la possibilità al ragazzo/a di seguire eventuali impegni terapeutici o riabilitativi*
- *il consistente monte ore scolastico affatica considerevolmente l'alunno*
- *eventuali indicazioni ricavate dalla diagnosi funzionale dell'equipe medico-psicopedagogica*
- *altre eventuali esigenze dell'alunno/a incompatibili con un tempo-scuola lungo*
- *altro*

Firma del padre/madre dell'alunno/a:

.....

