

OGGETTO: richiesta riduzione orario settimanale di frequenza

I sottoscritti (Cognome) (Nome) e
(Cognome) (Nome)
residenti a Via/Piazza,
genitori dell'alunno/a iscritto/a per l'a.s.-..... alla
classe della scuola ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di primo grado
di

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire dell'orario ridotto tenuto conto:

(barrare una o più caselle)

- ☐ di quanto segnalato nella diagnosi funzionale;
- ☐ delle scelte condivise dal GLO nel precedente anno scolastico (riduzione del carico di lavoro/impegno per rispettare tempi di attenzione, concentrazione e capacità autoregolativa del proprio/a figlio/a, nonché per garantire adeguati tempi di recupero);
- ☐ della partecipazione a sedute di terapie riabilitative o psicoeducative programmate

Si richiede pertanto il seguente orario:

LUNEDÌ dalle alle
MARTEDÌ dalle alle
MERCOLEDÌ dalle alle
GIOVEDÌ dalle alle
VENERDÌ dalle alle
SABATO dalle alle

In sede di GLO i componenti equipe-scuola-famiglia rivaluteranno se mantenere l'orario sopra indicato o se incrementare le ore di presenza a scuola.

....., lì
(Luogo) (data)

Firma di entrambi i genitori

.....
.....

Visto autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Marco BARDELLI