

|  |
| --- |
| Don Guido Cagnola Gazzada Schianno**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON GUIDO CAGNOLA”**Visualizza immagine di origine**Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)**Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577vaic836004@istruzione.it ; vaic836004@pec.istruzione.it sito: [www.icgazzada.edu.it](http://www.icgazzada.gov.it) codice Min. VAIC836004C.F. 80101560128 codice univoco amm.ne UFTXQB |

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo

“Don Guido Cagnola” di Gazzada Schianno

# Oggetto: Richiesta flessibilità oraria per alunni con BES

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , la sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore/i tutore/i dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della scuola **□** primaria **□** secondaria di I grado di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDONO

# Tempo scuola

che il/la proprio/a figlio/a, in considerazione dei suoi bisogni educativi, possa usufruire, per il corrente anno scolastico, di un tempo scuola secondo il seguente orario:

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì:  | dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Martedì: | dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mercoledì: | dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Giovedì: | dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Venerdì: | dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* **Eventuali altre richieste e/o annotazioni**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La/e richiesta/e tiene/tengono conto:

**□** della documentazione dello/gli specialista/i, depositata presso gli uffici di Segreteria

**□** delle terapie in atto (si allega dichiarazione dell’ente erogatore)

Si allega eventuale documentazione, se non ancora depositata presso gli uffici di Segreteria.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La presente richiesta, accompagnata dalle copie delle carte di identità dei firmatari,**può essere consegnata di persona in Segreteria, negli orari di apertura al pubblico, oppure inviata via e-mail (**vaic836004@istruzione.it**).*

*La richiesta avrà corso dal momento dell’autorizzazione da parte del Dirigente Scolastico e avrà valore per l’intero anno, a meno di presentazione di una nuova richiesta di rettifica, in caso per esempio di cambio giorno per le terapie.*

*\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_*

**A cura dell’Istituto scolastico**

 Visto,  □ si autorizza - □ non si autorizza

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Dirigente Scolastica

 Sabrina Troja