**Alla Dirigente Scolastica**

**I.C. “G. Bartolena”**

**di Livorno**

**RICHIESTA di orario ridotto (alunni con Bisogni Educativi Speciali)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/tutori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della scuola

* Primaria: ⁭ □ Cattaneo ⁭ □ Lambruschini ⁭□ Villa Corridi
* Secondaria di I grado: □⁭ Via Michel □ Villa Corridi

appartenente all’Istituto Comprensivo G. Bartolena

CHIEDE/ONO

che il proprio figlio/la propria figlia possa usufruire di un permesso orario, in rispetto:

[ ] delle indicazioni della diagnosi funzionale *(da allegare all’istanza);*

[ ] delle relazioni prodotte dagli operatori sanitari *(da allegare all’istanza);*

[ ] degli accordi con i servizi sociali del comune di residenza *(da allegare all’istanza se laddove presenti).*

Per l’anno scolastico in corso si richiede quindi il permesso nel seguente orario (*inserire le crocette e compilare con l’orario):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lunedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Per terapia
* Per\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Martedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Per terapia
* Per\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Mercoledì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Per terapia
* Per\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Giovedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Per terapia
* Per\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Venerdì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Per terapia
* Per\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

Si allega certificato del medico e/o della struttura con specifica degli orari di terapia

Livorno,

Firma del/i Genitore/i\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*In caso di firma di un solo genitore il sottoscritto firmatario, 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.*

**Visto**

 [ ]   si concede [ ] non si concede

La Dirigente Scolastica

Maria S. Oriti

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa,

ai sensi dell’art. 3, comma 2 del d.lgs n. 39/1993)

**N.B.: Si ricorda che**:

* il modulo può essere consegnato di persona, oppure inviato via PEC (liic82300e@pec.istruzione.it) o via mail liic82300e@istruzione.it- in questo caso accompagnato dalla scansione della carta di identità dei firmatari);
* la richiesta avrà corso dal momento della concessione 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.