**MODULO RICHIESTA RIDUZIONE ORARIO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

madre/padre dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ dell’istituto I.P. “G. Marconi” chiede che il proprio figlio/a segua il seguente orario scolastico non corrispondente all’orario curricolare della scuola.

**RIDUZIONE DELL’ ORARIO DI FREQUENZA**

□orario ridotto dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ per tutti i giorni della settimana / oppure per i seguenti giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTE**

□ per rispettare le indicazioni dell’equipe medica

Prato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore / tutore legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_