****

**Orario personalizzato**

 Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto,

**CHIEDE/CONCORDA**

una riduzione di orario per l’a.s. 20\_\_/\_\_ da effettuarsi con le seguenti modalità:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ora** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** |
| 1a |  |  |  |  |  |  |
| 2a |  |  |  |  |  |  |
| 3a |  |  |  |  |  |  |
| 4a |  |  |  |  |  |  |
| 5a |  |  |  |  |  |  |
| 6a |  |  |  |  |  |  |
| 7a |  |  |  |  |  |  |
| 1a pom. |  |  |  |  |  |  |
| 2a pom. |  |  |  |  |  |  |
| 3a pom. |  |  |  |  |  |  |
| 4a pom. |  |  |  |  |  |  |

Si specifica che tale riduzione d’orario rientra nella programmazione differenziata seguita dall’alunno/a e finalizzata al conseguimento del certificato di competenze.

Savona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma dell’insegnante di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_