Prot. n. **vedi segnatura allegata**

Livorno, **vedi segnatura allegata**

Alla Dirigente Scolastica

Scuola secondaria di I grado “G. Mazzini”

# Oggetto: richiesta di orario ridotto (alunni con Bisogni Educativi Speciali)

Il/La sottoscritto/a ,

genitore/tutore dell’alunno/a ,

iscritto/a per l’a.s. corrente alla classe della scuola

secondaria di I grado “G. MAZZINI”

# CHIEDE

che il proprio figlio/la propria figlia possa usufruire dell’orario ridotto, in rispetto:

* delle indicazioni della diagnosi funzionale:
* delle relazioni prodotte dagli operatori sanitari;
* degli accordi con i servizi sociali del comune di residenza (se laddove presenti).

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lunedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **oppure** | □ esonero per terapie; |
| **Martedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **oppure** | □ esonero per terapie; |
| **Mercoledì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **oppure** | □ esonero per terapie; |
| **Giovedì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **oppure** | □ esonero per terapie; |
| **Venerdì**: | □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **oppure** | □ esonero per terapie; |

**Sabato**: □ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **oppure** □ esonero per terapie;

□ (*barrare se si intende richiedere*) Ai sensi dell’art. 19-bis della Legge 172/2017 si autorizza, negli orari sopra indicati, l’uscita autonoma dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esonerando il personale scolastico dalla responsabilità connessa all’adempimento dell’obbligo di vigilanza.

Livorno, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale\*

*(\*) Nel caso la sottoscrizione avvenga da parte di un solo genitore, si ricorda che il sottoscrivente accetta esplicitamente la seguente condizione: “Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater del Codice Civile, che richiedono* ***il consenso di entrambi i genitori.****”*

Visto,  si concede -  non si concede La Dirigente Scolastica

Dott.ssa ELENA ROSSI

(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 (limm00800d@pec.istruzione.it) o via mail [(limm00800d@icscaravate.edu.it](mailto:(limm00800d@icscaravate.edu.it%20) - 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.
  + In caso di partecipazione a iniziative particolari (gite, uscite, feste, spettacoli, ecc.) la famiglia potrà richiedere la presenza a scuola al di fuori dell’orario sopra indicato, previ accordi con i docenti di classe, gli insegnanti di sostegno e gli educatori comunali (se in assegnazione al caso).