



I.C.”L.RADICE-PAPPALARDO

Member of UNESCO

Associated Schools

Istituto Comprensivo “*Lombardo radice - PAPPALARDO*”

SCUOLA DELL’INFANZIA- SCUOLA PRIMARIA- SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE

**Piazza M. D’Ungheria**

91022 Castelvetrano (tp)

tel./fax Segreteria e Ufficio del Dirigente scolastico 0924906962 - C.F.90021090817

e mail: tpic84100g@istruzione.it - PEC: tpic84100g@pec.istruzione.it – [www.icradicepappalardo.edu.it](http://www.icradicepappalardo.edu.it/)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO “ LOMBARDO RADICE- PAPPALARDO”**

**CASTELVETRANO**

**Oggetto: Richiesta personalizzazione tempo scuola alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

I Sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori/tutori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

La rimodulazione con riduzione di orario di frequenza del/della suddetto/a alunno/a nel seguente modo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

I Sottoscritti sollevano sin d’ora questa Istituzione Scolastica da qualsivoglia responsabilità e nel contempo ribadiscono l’assunzione di responsabilità nel garantire il diritto allo studio del/della proprio/a figlio/a.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firme genitori/tutori

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

Visto: Si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO Prof.ssa Maria Rosa Barone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_