



**ISTITUTO COMPRENSIVO G. BERTACCHI**

**VIA PINDEMONTA 2 - BUSTO ARSIZIO**

tel. 0331.631953

segreteria@istitutobertacchi.it - VAIC857005@pec.istruzione.it

[www.istitutobertacchi.edu.it](http://www.istitutobertacchi.edu.it)



**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. "Bertacchi"**

**Busto Arsizio**

-----

**Richiesta di riduzione dell'orario di frequenza scolastica**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
in seguito ad accordo con i Docenti del Consiglio di Classe,  
sentito lo specialista, dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

per mio figlio/a il seguente orario di frequenza delle lezioni

	<b>Mattina</b> dalle ore ____ alle ore ____	<b>Pomeriggio</b> dalle ore ____ alle ore ____	<b>Mensa</b> sì/no
LUNEDI'	...../.....	...../.....	.....
MARTEDI'	...../.....	...../.....	.....
MERCOLEDI'	...../.....	...../.....	.....
GIOVEDI'	...../.....	...../.....	.....
VENERDI'	...../.....	...../.....	.....

- Si allega documentazione che prova la frequenza di altre istituzioni \_\_\_\_\_

Busto Arsizio, \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
\_\_\_\_\_

Visto:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**dott.ssa Fabiana Donatella Ginesi**