



## MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ [ctic8af00v@istruzione.it](mailto:ctic8af00v@istruzione.it) - [ctic8af00v@pec.istruzione.it](mailto:ctic8af00v@pec.istruzione.it)

<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo  
"M. Montessori - P- Mascagni" Catania

### Richiesta riduzione orario frequenza scolastica

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a .....,  
residente a ....., padre/madre dell'alunno/a ..... frequentante  
la Classe ..... Sez ..... della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di .....  
Plesso .....

CHIEDE

una riduzione dell'orario di frequenza scolastica,  
per il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....  
per il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....  
per il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....  
per il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....  
per il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

per il seguente motivo:

- Frequenza Centro.....
- Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso .....
- Altro (specificare) .....

**(come da certificato allegato)**

La presente richiesta si intende valida: o per l'intero anno scolastico ..... o per il periodo dal  
..... al .....

**Si allega la relativa documentazione.**

Catania, .....

In fede (*firma del richiedente*)

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, sentito il parere dei docenti del C.d.C., autorizza/non autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria.

Catania, lì.....

Il Dirigente Scolastico prof.  
dott. Alfredo Motta