**Oggetto: richiesta frequenza oraria ridotta – alunni certificati L. 104/92**

I sottoscritti .......................................................................................................... genitori dell’alunno/a .......................................................................................................... frequentante la classe ................... della scuola ..................................................................... richiedono, in accordi con il team/consiglio di classe e secondo quanto suggerito nel PEI, la frequenza oraria ridotta settimanale come segue:

Lunedì: dalle ........................ alle ........................

Martedì: dalle ........................ alle ........................

Mercoledì: dalle ........................ alle ........................

Giovedì: dalle ........................ alle ........................

Venerdì: dalle ........................ alle ........................

Casorate Sempione, ......................................

In fede

..........................................................

..........................................................