

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo "D'Alessandro - Vocino

SAN NICANDRO GARGANICO

____l____ sottoscritt____ _____

padre/madre/tutore dell'alunn____ _____

nat____ a _____ il _____ e residente in via

_____ n. _____

C h i e d e

che ____l____ propri____ figli____ venga trasferit____ dalla classe _____ del plesso _____ alla

classe _____ del plesso _____ per motivi _____ .

Inoltre sceglie il Tempo Scuola a:

27 ore settimanali

40 ore settimanali

(Preferenza subordinata alla disponibilità di organico e alla presenza di servizi di mensa e strutture adeguate all'attività pomeridiana e alla maggioranza delle preferenze espresse ai genitori)

Il genitore che sceglie di confermare il tempo pieno è consapevole che tale modalità include il tempo mensa, si IMPEGNA pertanto a corrispondere il costo del servizio all'Ente Locale a prescindere dalle possibili variazioni di prezzo o delle modalità di pagamento.

San Nicandro Garganico, _____

In fede

VISTO: SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Angela Pia VAIRA)