

LICEO SCIENTIFICO STATALE "C. CAVOUR"

I Municipio - Distretto IX - 00184 Roma via delle Carine, 1 Tel. 06121122045  
C.F.: 80253350583 C. M.: RMPS060005 rmmps060005@istruzione.it; rmmps060005@pec.istruzione.it

**PATTO D'INTEGRAZIONE SCOLASTICA AI FINI DELL'INCLUSIONE**

Il sottoscritto .....

genitore dello  
studente/ssa .....

Classe ..... Sezione .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sentito          | <input type="checkbox"/> il parere del Consiglio di Classe/team dei docenti                             |
| <input type="checkbox"/> considerato      | <input type="checkbox"/> quanto emerso in sede di GLO   |
| <input type="checkbox"/> in riferimento a | <input type="checkbox"/> quanto concordato nell'incontro organizzativo con gli insegnanti               |
| <input type="checkbox"/> in relazione a   | <input type="checkbox"/> quanto stabilito nel <input type="checkbox"/> PEI <input type="checkbox"/> PDP |

al fine di promuovere un percorso didattico finalizzato al benessere e al successo scolastico del proprio figlio/figlia

**CONCORDA**

la seguente riduzione dell'orario scolastico per

- l'intero anno scolastico
  - il trimestre
  - il pentamestre
  - altro (specificare)
- .....

Lunedì	entrata ore .....	uscita ore .....
Martedì	entrata ore .....	uscita ore .....
Mercoledì	entrata ore .....	uscita ore .....
Giovedì	entrata ore .....	uscita ore .....
Venerdì	entrata ore .....	uscita ore .....
Sabato	entrata ore .....	uscita ore .....

Roma, .....

Firma .....