



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Istituto Comprensivo San Giorgio di Mantova**

Piazza 8 marzo 6 - 46030 San Giorgio di Mantova

Tel: 0376 340045 - 0376 245359

e-mail : [mnice81600d@istruzione.it](mailto:mnice81600d@istruzione.it)

[www.icsangiorgio.gov.it](http://www.icsangiorgio.gov.it)

C.F. 93034800206

Circ. n. 54/gen

San Giorgio di Mantova, 21/01/2016

Ai genitori delle classi quinte  
della scuola primaria

**OGGETTO: questionario organizzazione tempo scuola a.s. 2016/2017**

Su richiesta della componente genitori è stato predisposto il questionario in oggetto che le SSLL sono invitate a compilare e a restituire ai docenti della classe entro e non oltre **lunedì 25.01.2016**.

I genitori degli alunni non frequentanti l' I.C. di San Giorgio possono scaricare il modello dal sito e consegnarlo in segreteria entro la data sopra indicata.

Il questionario ha lo scopo di conoscere la volontà delle famiglie e gli esiti verranno valutati dagli Organi Collegiali competenti al momento di deliberare in merito all' organizzazione del tempo scuola a. s. 2016/17.

Alle famiglie verrà data tempestiva comunicazione prevedibilmente entro sabato 6 febbraio.

Coloro che intendessero comunque iscrivere il/la proprio/a figlio/a alla classe prima, indipendentemente dall' organizzazione tempo scuola, lo possono fare, come da indicazioni ministeriali , a partire dal 22 gennaio 2016.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**Dott.ssa Carla Barbi**

(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi del D. Lgs. 39/93, art. 3, c. 2)

# QUESTIONARIO ORGANIZZAZIONE TEMPO SCUOLA

a.s. 2016/2017

NOME ALUNNO/A .....

CLASSE ..... PLESSO .....

A. TEMPO SCUOLA **30** ORE SU **6** GIORNI

(LUNEDÌ – SABATO 8.00 – 13.00)

POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE

B. TEMPO SCUOLA **30** ORE SU **5** GIORNI

(LUNEDÌ – VENERDÌ 8.00 – 14.00)

SENZA LA POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE

C. TEMPO SCUOLA **30** ORE SU **5** GIORNI

(LUNEDÌ – VENERDÌ 8.00 – 13.00 + 2 RIENTRI POMERIDIANI)

SENZA LA POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE NEI GIORNI DEL RIENTRO

POMERIDIANO

D. TEMPO SCUOLA **30** ORE SU **5** GIORNI **INDIPENDENTEMENTE DALLE OPZIONI B o C:**

(LUNEDÌ – VENERDÌ 8.00 – 14.00)

SENZA LA POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE

**oppure**

(LUNEDÌ – VENERDÌ 8.00 – 13.00 + 2 RIENTRI POMERIDIANI)

SENZA LA POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE NEI GIORNI DEI RIENTRI

POMERIDIANI

E. TEMPO SCUOLA PROLUNGATO **36** ORE SU **6** GIORNI

(LUNEDÌ – SABATO 8.00 – 13.00 + 2 RIENTRI POMERIDIANI )

SENZA LA POSSIBILITA' DI TRASPORTO COMUNALE NEI GIORNI DEI RIENTRI

POMERIDIANI

Si prega di barrare **UNA SOLA PREFERENZA**

**N.B. il tempo scuola che verrà deliberato dagli OOCC verrà poi mantenuto per il triennio**

Data.....

Firma del Genitore

.....