**Istituto Tecnico Statale ad Ordinamento Speciale**

Via S. Dionigi, 36

-

20139

MILANO

Tel. 02 5391391

-

-

mail.

m

itf19000b@istruzione.it

Cod. MITF19000B

-

Cod. Fisc. 80108630155

www.itsosmilano.edu.it



**Al Dirigente Scolastico**

**dell’ITSOS “Albe Steiner”**

**Via San Dionigi, 36 - Milano**

**Oggetto: Richiesta attività didattica in presenza per alunni con BES, DSA o con disabilità**

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/i dell’alunno/a iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_

**CHIEDE/CHIEDONO**

che il figlio/a frequenti le lezioni in presenza, anche nei periodi in cui la classe usufruisce della DAD o della DDI.

A tal fine dichiara/dichiarano di essere a conoscenza del divieto di accedere nei locali scolastici ai soggetti affetti da SARS-cov-2, o comunque a coloro che manifestino sintomatologia respiratoria o nei quali la temperatura corporea risulti superiore a 37,5°, che si impegnano ad osservare.

La presente richiesta ed il conseguente consenso prestato all’attività didattica in presenza come sopra specificata ha valore per l’anno scolastico in corso.

Milano \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2022

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma di entrambi i genitori)*

**In caso in cui firmi un solo genitore:**

Il sottoscritto …………………………………………………., consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_