Al DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’I.I.S. “NOSTRO – REPACI”

DI VILLA SAN GIOVANNI - RC

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………. in qualità di genitore/tutore esercente la responsabilità genitoriale dello/a studente/ssa ………………………………………………….. frequentante la Classe………. Sezione…………. del ……………………………………………………..

consapevole del valore educativo e formativo della didattica in presenza attivata dalla scuola al fine di limitare i disagi che la DaD comporta negli studenti con disabilità

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a partecipi alle attività didattiche in presenza secondo l’organizzazione dell’Istituto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il genitore

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