

**MODULO PER ESPRIMERE LA VOLONTÀ DI AVVALERSI
DELLA DIDATTICA IN PRESENZA
PER STUDENTI CON BES**

Il /la/I sottoscritto/a/i (Cognome e Nome in stampato maiuscolo)

esercente/i la potestà genitoriale dell'alunno/a (Cognome e Nome in stampato maiuscolo)

_____ della classe _____ dell'I.C. "Borsellino-Ajello)

di Mazara del Vallo, Plesso _____,

vista la facoltà offerta dalla scuola di una continua didattica in presenza per gli studenti con Bisogni Educativi Speciali (BES e DSA), nota 1990 del 5.11.2020 al DPCM 3.11.2020,

DICHIARA/NO:

la propria volontà di optare per la frequenza in presenza per tutti i giorni di lezione settimanali, dal lunedì al venerdì.

Al fine di consentire una adeguata organizzazione dei tempi di presenza a scuola del personale educativo, dichiarano altresì:

- **Che il/la proprio/a figlio/a segue terapie riabilitative in orario antimeridiano (allegare calendario settimanale);**
- **Che il/la proprio/a figlio NON segue terapie riabilitative in orario antimeridiano**

Luogo e data _____

Firma/e _____