**Al Dirigente Scolastico**

**del POLO TECNICO PROF.LE DI LUGO**

**Al coordinatore di classe**

**Al referente gruppo inclusione**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitori/ tutori legali dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_,

* Tenuto conto dell’Ordinanza Regionale n.205 del 26 ottobre 2020 e del DPCM 03-11-20;
* Considerata la proposta del docente di sostegno, preventivamente condivisa con il referente per l’inclusione scolastica Prof.ssa Zausa e il cdc;
* Preso atto delle specifiche considerazioni pedagogico – didattiche emerse;

**CHIEDONO**

**che □ il proprio figlio/ □ la propria figlia**

**SIA AUTORIZZATO/ A**

**per la settimana 9-14 novembre 2020** a svolgere attività didattiche in presenza, con docenti individuati, nelle seguenti giornate:

* Lunedì dalle……………….. alle……………………..
* Martedì dalle……………….. alle……………………..
* Mercoledì dalle……………….. alle……………………..
* Giovedì dalle……..……….. alle……………………..
* Venerdì dalle………..…….. alle……………………..
* Sabato dalle………..…….. alle……………………..

I sottoscritti dichiarano altresì di essere consapevoli che la scuola potrebbe trovarsi nell’impossibilità di sostituire il personale assente. In tal caso verrà fornita tempestiva informazione alle famiglie.

Lugo, 05/11/2020

**Firma dei genitori/ tutori legali**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**