



**RICHIESTA ATTIVITÀ DIDATTICA  
IN PRESENZA**

**RICHIESTA DI FREQUENZA IN PRESENZA ALUNNI BES**

Autodichiarazione ai sensi degli Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

I/La sottoscritto/a Nome Cognome: \_\_\_\_\_  
(Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale)

dello/a Studente/ssa \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_ sez \_\_\_ Classico [ ] Artistico [ ] Musicale [ ] di questo Istituto

numero di telefono per contatto \_\_\_\_\_

email di contatto \_\_\_\_\_

in base alla Nota ministeriale n. 71 del 21.01.22 che ha per oggetto: “attività didattica in presenza – misure per alunni con disabilità e bisogni educativi speciali nelle classi in dad/ddi”,

**CHIEDE**

che il/la proprio Figlio/Figlia possa frequentare le lezioni in presenza anche quando tutta la classe svolge le lezioni a distanza.

Il sottoscritto genitore si dichiara consapevole che il referente di plesso dovrà controllare giornalmente il certificato di vaccinazione/guarigione dell'alunno, poiché l'intervallo di validità non può essere superiore ai 120 gg, in base a quanto stabilito dalla Nota n. 11 del 08/01/2022, punto B) “alunni che abbiano concluso il ciclo vaccinale primario, o che siano guariti, da meno di 120 giorni e per coloro ai quali sia stata successivamente somministrata la dose di richiamo”.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

FIRMA (leggibile)

\_\_\_\_\_  
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale