

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Villaputzu

**Oggetto: autorizzazione frequenza nei piccoli gruppi in presenza**

I sottoscritti,

.....

.....

genitori/tutori dell'alunno/a ..... frequentante la classe ..... della scuola  
secondaria di 1° grado, plesso di .....

**Viste** le indicazioni operative contenute nella nota del M I n 662 del 12/03/2021 “la condizione dell’alunno con bisogni educativi speciali non comporta come automatismo la necessità della didattica in presenza”;

In considerazione del passaggio della Sardegna in zona rossa

**Vista** la circolare n° 131 del 12.04.2021 che chiarisce circa la partecipazione volontaria alle lezioni in presenza di alunni facenti parte dei gruppi e la necessità di autorizzazione della famiglia per lo svolgimento delle attività in presenza.

**CHIEDONO**

qualora nella classe del/la proprio/a figlio/a il/la proprio/a figlio/a venissero attivati percorsi inclusione in presenza, l’inserimento del/la proprio/a figlio/a il/la proprio/a figlio/a nei piccoli gruppi (massimo 6) di supporto alla attività a didattica in presenza del progetto educativo degli alunni con bisogni educativi speciali, sulla base del principio di rotazione.

Villaputzu, li \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_