

Alla **Dirigente Scolastica**  
del Liceo Scientifico "G. Peano"  
Monterotondo  
rmeps110001@istruzione.it

**OGGETTO:** richiesta di attività didattica in presenza

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
di questo Istituto

### CHIEDONO

di far svolgere al proprio figlio/a (*barrare la voce che interessa*)

- alunno/a con disabilità
- alunno/a con DSA
- alunno/a con BES (bisogni educativi speciali)

lezioni in presenza presso l'Istituto, preferibilmente

- dal lunedì al venerdì
- esclusivamente nei seguenti giorni (*indicare quali*) \_\_\_\_\_

Si allega alla presente richiesta copia di un documento di identità valido dei sottoscritti genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_