Al Dirigente Scolastico

dell’ IIS Carlo Pisacane

Sapri

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la potestà genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **Padre** |  |
| **Madre** |  |
| **Tutore** |  |

**Dell’alunno/a**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  |  |  | | |
| Nato/a a |  |  | il |  | |
| Iscritto per l’a.s. | 2020-2021 | Classe |  | | Sezione |
| Indirizzo |  | | | | |

# RICHIEDONO

A TUTELA DELLA SALUTE DEL PROPRIO FIGLIO\A, COME DA **CERTIFICATO DEL PROPRIO MEDICO CURANTE /PEDIATRA** ALLEGATO, L’ATTIVAZIONE DI :

|  |
| --- |
| PERCORSI DIDATTICI IN DDI Didattica Digitale Integrata |
| e/o DAD Didattica a Distanza |

I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE CONTATTARE IL SEGUENTE NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega alla presente:**

* La certificazione rilasciata dal medico di famiglia/pediatra attestante la condizione di fragilità ai sensi delle normative correnti.
* Documento d’identità

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme di autocertificazione**

## padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tutore*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*