RICHIESTA DELLA FAMIGLIA

PER L'ATTIVAZIONE TEMPORANEA DELLA DAD

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

genitori/tutori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI INFORMATIVI DELL’ALUNNO/A**

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ residente/domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

chiede

che il proprio figlio possa fruire della **didattica a distanza** presso il proprio domicilio oppure presso la seguente sede diversa dal proprio domicilio:

nome della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DELLA DAD:**

dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e presumibilmente fino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Si allega richiesta sanitaria***

***Si allega******autorizzazione della struttura*** *presso la quale lo studente fruisce della DAD (se la sede è diversa dal proprio domicilio)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori / tutori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_