

All'attenzione della Dirigente scolastica
I.C. CERVASCA

Oggetto: richiesta attivazione istruzione domiciliare e/o DDI in seguito a convalescenza post-ricovero ospedaliero, terapie domiciliari o condizioni di salute che impediscano la frequenza per un periodo superiore a 30 giorni (attestate da certificato medico) per l'alunn_ _____

I_ sottoscritto/i _____ e _____
(cognome e nome primo tutore) (cognome e nome secondo tutore)

genitor_ / tutor_ dell'alunn_ _____ frequentante nell'a.s. 20.../20...
(cognome e nome alunno/a)

la classe _____ della scuola _____ plesso di _____
(primaria/secondaria)

RICHIEDE/RICHIEDONO

l'attivazione del servizio di

- istruzione domiciliare
- DDI

in seguito a

- convalescenza post-ricovero ospedaliero
- terapie domiciliari che impediscono la frequenza
- condizioni di salute che impediscono la frequenza

per un periodo di tempo **non inferiore a trenta giorni.**

Si allega certificato medico attestante la veridicità di quanto sopra dichiarato.

Cervasca,

Firma dei tutori*

** Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.*

La Dirigente scolastica

preso atto di quanto sopra dichiarato, presa visione dell'allegato certificato

AUTORIZZA

l'attivazione del servizio richiesto per l'alunno/a in oggetto.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Cristina Bersani

Firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.