**RICHIESTA ATTIVAZIONE DDI**

Al Dirigente scolastico dell’I.C.

“Vincenzo Pagani” di Monterubbiano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *infanzia/primaria/secondaria comune*

***DICHIARA***

che il/la proprio/a figlio/a è in una delle seguenti condizioni:

□ isolamento domiciliare (va allegata certificazione medica che attesti le condizioni di salute dell'alunno e la piena compatibilità delle stesse con la partecipazione alla didattica digitale integrata);

□ grave patologia o immunodepressione, (va allegata certificazione medica che comprovi l’impossibilità di fruizione di lezioni in presenza per almeno per 30 giorni, anche non continuativi);

e pertanto il/la sottoscritto/a

**CHIEDE**

che per il/la proprio/a figlio/a venga attivata la didattica a distanza integrata.

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

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega certificato medico