al Dirigente scolastico

dell’I. C. “A. Luciani”

Messina

OGGETTO: Richiesta attivazione DAD

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ essendo stato sottoposto in regime di :

* QUARANTENA
* ISOLAMENTO

a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un periodo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

l’attivazione della Dad per il proprio figlio/i:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- alunno della classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- alunno/a della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- alunno/a della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta dichiara a tal fine che gli alunni per i quali si avanza richiesta:

* non hanno completato il ciclo vaccinale
* non risultano guariti da Covid 19 da più di 120 giorni.

per eventuali comunicazioni si prega di contattare al numero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in fede

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