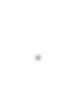
Allegato alla comunicazione n. 3/2024

MODULO DI RICHIESTA ISTRUZIONE A DISTANZA

Alla Dirigente Scolastica dell'I.I.S. di Bassano Romano,

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………..…………………………… genitore dell'alunno/a …………………………………………………………………………..……………. frequentante la classe ………………… indirizzo di studi …………………….………………………….. presso la sede di ..................................................................................................................................

CHIEDE

L'attivazione dell'istruzione a distanza, poiché il/la proprio/a figlio/a si trova nella seguente condizione:

* assenza per malattia per un periodo uguale o superiore ai 30 gg

Si allega alla presente richiesta attestazione medica rilasciata dalla ASL di competenza o dal PLS/MMG\* .

Data:

Firma

\* Pediatra di libera scelta/Medico di Medicina Generale .