

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 .