

MODULO RICHIESTA RIPRESA ATTIVITA' DIDATTICHE RIENTRO IN PRESENZA – POST COVID

Alla Dirigente Scolastica
Dell'I.C. G. Falcone di Sassano
PATRIZIA GIOVANNA PAGANO

I sottoscritti _____ e _____
(cognome e nome genitori/tutori/affidatari)

in qualità di genitori/tutori/affidatari dall'alunno/a: _____
(cognome e nome dell'alunno/a)

iscritto/a e frequentante per l'A.S. ____/____ la classe _____ sezione _____ presso la
scuola: _____

cell.: _____ e-mail: _____

CHIEDONO per il/la proprio/a figlio/a

La sospensione della DAD e la riammissione alla didattica in presenza

A tal fine si allega:

certificato medico di avvenuta guarigione redatto dal Dott. _____

Tutta la documentazione (richiesta, autocertificazioni ed estremi documento) va inviata via email all'indirizzo (saic881004@istruzione.it e a iulianodomenico68@gmail.com) e riportare come oggetto: "All'attenzione della referente Covid - Richiesta rientro in presenza".

DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL/I SOTTOSCRITTO/I AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. 445/2000

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 75 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e la revoca dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Luogo e data _____

Firme _____
Genitore/Tutore 1

Genitore/Tutore 2
