

**RICHIESTA ATTIVAZIONE DIDATTICA A DISTANZA  
PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o  
titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a  
Cognome e Nome  
\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_,

- Scuola dell'Infanzia  
 Scuola Primaria  
 Scuola Secondaria di primo grado

**COMUNICA**

che il proprio figlio, per motivi di salute, è impossibilitato a seguire, per un periodo di tempo significativo, le attività didattiche in presenza e, pertanto,

**RICHIEDE**

l'attivazione della didattica in modalità a distanza.

A tal fine:

- dichiara di essere in possesso di apposita strumentazione e connessione internet;
- dichiara la disponibilità a concordare con il team docente/Consiglio di classe modalità e tempi di fruizione del servizio;
- allega certificazione medica;
- si impegna a comunicare tempestivamente alla scuola la possibilità del minore a proseguire il percorso scolastico in presenza.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il padre \_\_\_\_\_

La madre \_\_\_\_\_