*Allegato n. 6*

Al Dirigente scolastico

dell’IISS “Luigi dell’Erba”

Castellana Grotte

# OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DIDATTICA A DISTANZA

Il/La sottoscritto/a genitore

dell’alunno/a chiede che il proprio figlio possa fruire del servizio scolastico Didattica a Distanza presso

# l’Ospedale Reparto

* **la casa-alloggio di Via**  **Comune**
* **il proprio domicilio di Via**  **Comune**

Indirizzo completo: CAP Recapiti telefonici:

A partire dal giorno e presumibilmente fino al

# DATI INFORMATIVI DELL’ALUNNO/A

Cognome: Nome:

Nato/a il a Prov. Residente a Prov. Via tel. Iscritto alla classe dell’Istituto Via

tel. Fax E-mail

Si allega certificazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE

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