

**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore**

**“G. Carducci”**

**Liceo Classico – Scientifico – Istituto Tecnico Economico**

**Liceo Artistico “ S. Fiume”**

**Via Anna Romano Assenza s. n. Telefono 0932-961666 Fax 0932-967897 97013 Comiso**

Cod. Mec.: **RGIS003008**Cod. Fisc.:**91008020884**e-mail:rgis003008@istruzione.it**www.istitutocarduccicomiso.edu.it**

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE DDI PER MOTIVI LEGATI A SINTOMATOLOGIA NON ATTINENTE AL COVID-19**

Il/La sottoscritto/a

genitore/tutore legale dell’alunno/a

frequentante la classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a per motivi legati a sintomatologia non attinente al Covid-19 (raffreddore, allergie, ecc) non può partecipare alla lezione in presenza per i giorni[[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_, pertanto

**CHIEDE**

al Dirigente Scolastico di ammettere il/la proprio/a figlio/a alla partecipazione della **D**idattica **D**igitale **I**ntegrata.

La richiesta va inviata a segreteria@istitutocarducci.edu.it

Allegare alla presente richiesta copia del documento di identità del genitore e dell’alunno

*Comiso, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Firma del Genitore/ Tutore legale dell’alunno***

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. **Altresì si ricorda che oltre il decimo giorno di assenza necessita la certificazione medica per la riammissione a scuola.** [↑](#footnote-ref-1)