

**Al Dirigente scolastico del Polo Liceale Trebisacce**

**COMUNICAZIONE – ALUNNI in “ISOLAMENTO SOCIALE”** *(CONTIENE DATI SENSIBILI)*

I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante, per l’ anno scolastico 2020-2021, la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesta Istituzione Scolastica, in conformità alla normativa vigente, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio/a venga attivata la misura della didattica a distanza in quanto il/la proprio/a figlio/a appartiene a **nucleo familiare per il quale l’autorità medica competente ha certificato la necessità di un “isolamento sociale”**, con inibizione, anche temporanea, da contatti esterni.

*In allegato certificazione attestante la condizione*

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

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

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