

**Al Dirigente scolastico del Polo Liceale Trebisacce**

**COMUNICAZIONE – ALUNNI FRAGILI** *(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 è in condizione di fragilità attestata da certificato medico.

*In allegato certificazione medica dell'alunno attestante la condizione di fragilità.*

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione

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

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

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

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