**

*MINISTERO DELL’ISTRUZIONE*

 *UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA*

*ISTITUTO COMPRENSIVO DI ROGLIANO Via Oreste D’Epiro – 87054 ROGLIANO (CS)*

 *Tel. 0984/961644 Fax 0984/961644*

*e-mail:* *csic87400q@istruzione.it* *ec:**csic87400q@pec.istruzione.it*

*C.F.: 98077770786 C.M.:CSIC87400Q*

*Al Dirigente Scolastico*

*Dell’”I. C.“Rogliano”*

*Dott.ssa Bozzo Antonella*

OGGETTO: richiesta di attività didattica in presenza

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

genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo Istituto, chiedono di far svolgere al proprio figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( barrare la voce di interesse) 󠆁 󠆁*  alunno D.A.

 alunno B.E.S.

**lezioni in presenza presso l’Istituto- dal lunedì al sabato-e non da casa in modalità a distanza.**

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma genitore 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_