

**Al Dirigente Scolastico**

**del Polo Liceale di Trebisacce**

**COMUNICAZIONE – ALUNNI CONVIVENTI CON PERSONA FRAGILE**

*(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 essendo l'alunno/a convivente con persona in **condizione di fragilità** attestata da certificato medico.

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

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione

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

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

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

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