Al Dirigente Scolastico

dell’ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 13

# Oggetto: Richiesta attivazione Didattica Digitale Integrata (DDI)

I sottoscritti

 (padre)

e

 (madre)

genitori/esercenti responsabilità genitoriale dell’alunna/o

 \_,

frequentante nell’a. s. 2022/2023 la classe della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDONO**

l’attivazione della Didattica Digitale Integrata, secondo le modalità definite dal Piano per la Didattica Digitale Integrale di Istituto, per la/il loro figlia/o, in quanto si trova si trova in una delle seguenti condizioni:

* impossibilità di frequentare la scuola per più di 15 giorni di lezione per motivi di salute (allegare alla presente richiesta la **certificazione medica** attestante tale circostanza);
* impossibilità di frequentare la scuola per più di 15 giorni di lezione per altri motivi (allegare alla presente richiesta l’**autocertificazione delle altre circostanze** che rendono comunque impossibile la frequenza scolastica per un periodo superiore ai 15 giorni).

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori.

# Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la suddetta istanza sia stata condivisa e il genitore firmatario è responsabile anche per l’altro genitore.

Una volta compilato, il presente modulo, unitamente alla certificazione medica o all’autocertificazione come sopra previsto, deve essere scansionato e spedito via mail all’indirizzo **pgic854007@istruzione.it**, all’attenzione della Segreteria Didattica.

L’Istituto si riserva di contattare la famiglia per chiedere delucidazioni o approfondire la situazione.

Perugia, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale:

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

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