|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO “CARDUCCI – GRAMSCI”***90011 - BAGHERIA (PA) | Cod. Min. PAIC8BA00V - C.F. 90022290820 - Cod. Univ.7TKYNF**Scuola secondaria di 1° grado* ***Plesso “Carducci”*** *- via D. D’Amico 30 | Tel.* [*091 932171*](https://www.google.it/search?source=hp&ei=06FjXYbjOemNlwTw246gDg&q=carducci+bagheria+telefono&oq=carducci+bagheria+telefono&gs_l=psy-ab.3..0i22i30l2.980.6044..6478...0.0..0.374.3515.0j24j0j2......0....1..gws-wiz.......0i131j0j35i39j38.5XZzsVFGKb8&ved=0ahUKEwjGmLGgmKDkAhXpxoUKHfCtA-QQ4dUDCAU&uact=5)***SEDE*** *c/o* ***Plesso “E. Loi”*** *- Via Claudio* *Traina,4 | Centralino 091/964430**Scuola infanzia –primaria* ***Plesso “Gramsci”*** *– via Gramsci, 10**paic8ba00v@istruzione.it* *–* *paic8ba00v@pec.istruzione.it* |  |

**RICHIESTA DID**

I sottoscritti ……………… (padre) e ….. (madre), genitori e/o esercenti la patria potestà dell’alunno/a ………….. , frequentante la classe (precisare se trattasi di scuola dell’infanzia/ scuola primaria/scuola secondaria di primo grado), plesso

chiedono

l’attivazione della DID per il proprio figlio/a in quanto positivo al Covid (come risultante da documentazione medica inviata all’indirizzo istituzionale dell’Istituto). Alla presente si allega certificato medico attestante la compatibilità delle condizioni di salute dell’alunno con la DID. In caso di rifiuto del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta a rilasciare suddetta certificazione, i sottoscritti si assumono ogni responsabilità in merito alle condizioni di salute del figlio/a, in particolare valutando la compatibilità delle stesse con la frequenza in modalità di didattica a distanza.