**Al Dirigente Scolastico**

**C.D. “Eduardo De Filippo”**

**Santa Maria la Carità (NA)**

Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | COGNOME  | NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA |
| Genitore |  |  |  |  |
| Genitore |  |  |  |  |
| Tutore |  |  |  |  |
| Affidatario |  |  |  |  |

dell’**alunno/a**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Luogo di nascita: |  | Data di nascita: |  |
| Iscritto/a per l’a.s. 2020/2021 | classe | Sezione  | Plesso  Capoluogo Cappella dei Bisi | Ordine di scuola scuola dell’infanzia scuola primaria |

**DICHIARA/NO**

che il pediatra/medico di famiglia, ASL certifica che il/la bambino/a è impossibilitato/a a fruire delle lezioni in presenza, per il seguente motivo:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**RICHIEDE/ONO**

che il/la proprio/a figlio/a possa avvalersi della Didattica a Distanza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA/NO**

certificazione rilasciata dal pediatra/medico di famiglia, ASL e copia dei documenti di riconoscimento.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme leggibili: tutore/affidatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA leggibile dei genitori