



Istituto Comprensivo Statale 1 ARIOSTO di Arzano (NA)

Codice scuola NAIC8EH00L; C. F.: 93056790632

Email: naic8eh00l@istruzione.gov.it; naic8eh00l@pec.istruzione.it;

Sito web: www.icarzano1ariosto.edu.it

Sedi: **Piazza Marconi 1**- Tel/fax: :081 2380441 - 0815731779 - 0815730414,

Via Napoli 24 Tel/fax: 0817312977;

Via Galileo Ferraris, Tel/fax: 0815737169

Richiesta di rientro a scuola (ordinanze della Regione Campania n°82, n°85, n°86 e n°90)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di:

padre madre soggetto che esercita la potestà genitoriale

Documento d'identità _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di:

padre madre soggetto che esercita la potestà genitoriale

Documento d'identità _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Dell'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ sezione _____ a.s. _____

DICHIARA

- Di aver valutato l'impossibilità del proprio/a figlio/a a partecipare alle videolezioni in DAD per motivi di disagio nell'utilizzo dei dispositivi e/o per motivi legati alla sua patologia pertanto

Richiede ed autorizza

Il rientro a scuola del proprio/a figlio/a secondo quanto specificato nella circolare di riferimento

Arzano _____

FIRMA DEI GENITORI

Da inviare via mail a: naic8eh00l@istruzione.it



Istituto Comprensivo Statale 1 ARIOSTO di Arzano (NA)

Codice scuola NAIC8EH00L; C. F.: 93056790632

Email: naic8eh00l@istruzione.gov.it; naic8eh00l@pec.istruzione.it;

Sito web: www.icarzano1ariosto.edu.it

Sedi: **Piazza Marconi 1**- Tel/fax: :081 2380441 - 0815731779 - 0815730414,

Via Napoli 24 Tel/fax: 0817312977;

Via Galileo Ferraris, Tel/fax: 0815737169

Si allega alla presente copia documento d'identità di entrambi i genitori.