

OGGETTO: richiesta attivazione DDI

I sottoscritti

genitori dell'alunno/a _____

della classe _____ scuola _____

CHIEDONO

l'attivazione della **Didattica Digitale Integrata** per il/la proprio/a figlio/a in

Isolamento fiduciario (Alunno Positivo)

data di effettuazione del tampone _____

Eseguito in:

AUSL

FARMACIA

TEST DOMESTICO

Quarantena (contatto stretto dell'alunno con persona positiva)

(indicare la voce che interessa) presumibilmente sino al _____

Distinti saluti

Data _____

Firma
