

-Al Dirigente Scolastico
Dell' IC di Trasacco (AQ)
-Al Presidente Commissione
D'Esame IC di Trasacco

RICHIESTA SVOLGIMENTO ESAME DI STATO IN VIDEOCONFERENZA

(CONTIENE DATI SENSIBILI)

Il sottoscritto _____ nato/a il ___/___/___ a _____ provincia di
_____ cittadinanza _____ cell. _____ tel.
_____ codice fiscale _____ carta d'identità n°
_____ mail _____

(padre)

La sottoscritta _____ nato/a il ___/___/___ a _____ provincia di
_____ cittadina _____ cell _____
tel. _____ codice fiscale _____ carta d'identità n°
_____ mail _____

(madre)

in qualità di: genitori tutore

dell'alunn _____

(cognome e nome)

CHIEDONO CHE

- il proprio figlio/a, degente presso ospedale/casa di cura,
- il proprio figlio/a, in isolamento/quarantena perché contatto stretto di un positivo al COVID 19,
- il proprio figlio/a, in isolamento/quarantena perché positivo asintomatico al COVID 19,

sostenga l'Esame di Stato in videoconferenza secondo il calendario pubblicato

In allegato certificazione medica

I

Trasacco, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

