**Al Dirigente Scolastico**

**Ist. Compr. “Toscanini” - Aprilia**

Il sottoscritto ………………………………………………………………

La sottoscritta ………………………………………………………………

genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………..

frequentante la classe/sez……………della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria (cancellare le voci che non interessano)

considerato il passaggio della Regione in Zona Rossa, con conseguente sospensione delle attività didattiche in presenza, CHIEDONO, in quanto avendone diritto secondo i parametri della normativa vigente (art. 43 DPCM 2 marzo 2021),di far frequentare, in presenza, le lezioni al/alla proprio/a figlio/a secondo modalità di organizzazione oraria da stabilire con la scuola.

Data:

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_