**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IS “C.A. DALLA CHIESA”**

**RICHIESTA UTILIZZO SMARTPHONE per FINALITÀ MEDICO – SANITARIE**

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

**Genitori (o esercenti la potestà genitoriale) dell’alunno/a**

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

CLASSE SEZIONE INDIRIZZO

**CHIEDONO**

per il proprio figlio l’utilizzo dello smartphone per finalità medico sanitarie durante le attività didattico – educative.

Si allega la documentazione attestante lo stato di salute.

Li,

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

*firma del richiedente*

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

*firma del richiedente*