



ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE "F.lli Costa Azara" -
Liceo Scientifico/I.P.S.A.S.R. Sorgono - I.T.C. Aritzo - I.T.I. Tonara - I.P.S.S.C.T.A. Desulo
Corso IV Novembre 114 - 08038 - **SORGONO** - tel. 0784621001 fax 0784621136
C.Mecc. NUIS01200G - C.F. **81002630911** - P.iva **01106990912**
email: nuis01200g@istruzione.it ; PEC: nuis01200g@pec.istruzione.it
<http://www.istitutosuperioresorgono.gov.it/>



Prof.ssa Calleda Michelina
Prof.ssa Curreli Maria Franca
Prof.ssa Abis Anna
Prof.ssa Ariu Pina
Prof.ssa Onnis Maria Carmela
Prof. Licheri Alessio
Prof. Tatti Gianluca
Prof. Nigri Vincenzo
ALBO
ATTI

CIRCOLARE N. 59

Oggetto: Convocazione Commissione Didattica Digitale Integrata

La commissione per la Didattica Digitale Integrata è convocata, in modalità on line sulla piattaforma Teams, mercoledì 14 ottobre 2020, dalle ore 15.30 alle ore 17.30, per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Regolamento d'Istituto Didattica Digitale Integrata;
2. Piano d'Istituto della Didattica Digitale Integrata;
3. Integrazione Regolamento di disciplina – Sanzioni disciplinari relative alla didattica a distanza

Al più presto saranno inviate le bozze dei documenti oggetto di discussione.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Luca Tedde
Documento firmato digitalmente

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MALATTIA INFERIORE A 5 GIORNI
ALUNNI MINORENNI**

Al dirigente scolastico
I.I.S. F.lli Costa Azara

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____
della classe _____ dell'Istituto _____

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola dal giorno _____ al giorno _____
per motivi di salute dovuti a sintomi influenzali (febbre, tosse, raffreddore)

DICHIARA

Inoltre che in data _____ è stato consultato il pediatra/medico.

Data

Firma

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MALATTIA INFERIORE A 5 GIORNI
ALUNNI MAGGIORENNI**

Al dirigente scolastico
I.I.S. F.lli Costa Azara

Il sottoscritto _____ alunno della classe _____
dell'Istituto _____

DICHIARA

di essere stato assente da scuola dal giorno _____ al giorno _____ per motivi di
salute dovuti a sintomi influenzali (febbre, tosse, raffreddore)

DICHIARA

Inoltre che in data _____ ha consultato il pediatra/medico.

Data

Firma