Pieczęć Szkoły Miejscowość, data

 **Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny**

 **w Brzozowie**

 Dyrektor Przedszkola/ Szkoły/ Zespołu Szkół \* w ………………………………………………………... w porozumieniu i za zgodą Organu Prowadzącego zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie zajęć/ przejście na tryb nauczania zdalnego/ przejście na tryb nauczania hybrydowego \* w oddziale przedszkolnym/ grupie przedszkolnej/ w klasie \* w okresie od dnia …………… do dnia ……….z powodu stwierdzenia pozytywnego wyniku SARS COV- 2 u pracownika szkoły/ ucznia \*.

 Podpis i pieczęć Dyrektora

 Placówki Oświatowej

\* właściwe zakreślić