***All’attenzione del Dirigente Scolastico***

***Dell’I.C.S. “C. A. Dalla Chiesa”***

***MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA***

***PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA O DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO***

Il sottoscritto

COGNOME NOME

CF residente in ( )

Via Tel

Cell e-mail

in qualità di

# *DEL MINORE*

COGNOME NOME

Classe/plesso Data di Nascita

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

# *DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ*

che il proprio figlio è stato sottoposto al regime:

□ di isolamento fiduciario in quanto contatto stretto di caso positivo al COVID-19 dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di quarantena in quanto risultato positivo al COVID-19 dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’attivazione della Didattica a Distanza per il suddetto periodo impegnandosi a produrre certificato medico attestante il “rientro sicuro in collettività” rilasciato dal PLS o dal MMG, al termine del periodo di assenza.

In fede Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.