|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LogoRepubblica** |  |
| **Regione Sicilia** | **MI** | **Unione Europea** |

MINISTERO ISTRUZIONE

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CARLO ALBERTO DALLA CHIESA”**

Via Balatelle, 18 - 95037 – San Giovanni La Punta (CT)

Tel. 095/7177802 Fax 095/7170287

e-mail [ctic84800a@istruzione.it](mailto:ctic84800a@istruzione.it) – [ctic84800a@pec.istruzione.it](mailto:ctic84800a@pec.istruzione.it) – sito web www.icdallachiesa.edu.it

Codice Fiscale 90004490877 – Codice Meccanografico CTIC84800A

All’attenzione del Dirigente Scolastico

Dell’I.C.S. “C. A. Dalla Chiesa”

- San Giovanni La Punta -

**MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA O DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_ di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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

Data Firma