AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’IC

DI ROCCADASPIDE

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/tutore legale dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ frequentante, per l’anno scolastico ………………………………, la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto

**DICHIARANO**

sotto la propria responsabilità, di aver ricevuto indicazione dal MMG/PLS/ASL di porre la/il propria/o figlia/o in quarantena/isolamento fiduciario a seguito di:

* contatto stretto con persona risultata Covid positiva
* positività al tampone Covid-19
* attesa di esito di tampone già effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_

La quarantena/l’isolamento fiduciario dureranno presumibilmente fino al \_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDONO**

* l’attivazione delle attività di didattica a distanza che si svolge secondo il Piano Scolastico per la DDI dell’I.C. con le modalità e le tempistiche comunicate dai docenti di classe e che con la presente si accettano.

Si allega:

* copia documento identità padre
* copia documento identità madre
* documentazione medica
* dichiara di essere l’unico genitore affidatario.
* Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data) Firma di entrambi i genitori

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

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