

OGGETTO: Richiesta di attivazione Didattica a Distanza per quarantena.

Il/La sottoscritto/a _____ e
il/la sottoscritto/a _____,
genitori/tutore legale dell'alunno/a _____,
frequentante la classe _____, sez. _____, della scuola primaria _____,
indirizzo _____,
email: cle02500p@istruzione.it

DICHIARA/DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- ☐ che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza, in quanto persona sottoposta a quarantena e in attesa di esito di tampone;
o
☐ che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza, in quanto persona positiva al Covid-19 in seguito ad esito di tampone;
✓ che il/la proprio/a figlio/a riprenderà la frequenza scolastica solo dietro presentazione di certificato medico attestante le condizioni di buona salute dell'alunno/a.

CHIEDE/CHIEDONO

l'attivazione, a beneficio del/della proprio/a figlio/a, **della Didattica a Distanza**.

ALLEGATO OBBLIGATORIO: Documentazione medica dell'Asl di riferimento attestante la condizione di positività al Covid-19 oppure certificato del medico di medicina generale in cui si dichiara lo stato di quarantena del suddetto alunno.

Il/I sottoscritto/sottoscritti dichiara/dichiarano:

- di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute di tutte le persone presenti all'interno dell'Istituto scolastico, pertanto, presta/prestano il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

Luogo e data

Firma dei genitori / Tutore legale del minore
