

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
genitore/tutore dell' alunna/o _____
SCUOLA PRIMARIA/INFANZIA _____ classe/sezione _____
PLESSO _____

RICHIEDE

l'attivazione delle attività di didattica digitale integrata, le cui modalità e tempistica saranno comunicate dai docenti di classe e che con la presente si accettano, in quanto:

- Il proprio figlio/a risulta essere positivo/a al Covid;
- Aver ricevuto indicazione da ASL di porre, presumibilmente fino al, la/il propria/o figlia/o in quarantena/isolamento fiduciario a seguito di contatto stretto con persona risultata positivo/a al Covid .(specificare il grado di parentela);

al tal proposito, **sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal art. 19 comma 6 della legge 241/1990 e ss. mm. ii., nonché di quanto previsto dal DPR 445/2000 e ss.**

DICHIARA

- Che il proprio figlio non risulta essere guarito dal covid da meno di 120 giorni
- Che il proprio figlio non è stato sottoposto a vaccinazioni anti Sarscovid2

ALLEGA

- la copia del tampone positivo dell'alunno/a corredato del certificato del pediatra dell'ASL attestante che l'alunno /a può seguire le attività;
- la copia del tampone positivo del/dei membro/i della famiglia

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)

Il/la dichiarante _____

Non saranno considerate le richieste che non saranno accompagnate dalla scansione dell'attestazione del tampone positivo