

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ genitore/tutore
dell'alunna/o _____
classe _____ sez _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver ricevuto le seguenti indicazione da ASL o Pediatra di libera scelta:

- ☐ di porre la/il propria/o figlia/o in quarantena/isolamento fiduciario a seguito di contatto stretto con persona risultata Covid positiva, essendo il proprio figlio non vaccinato o essendo trascorsi più di 120 gg dalla somministrazione del vaccino (2^a dose) o dalla guarigione
- ☐ positivo/a al tampone Covid-19;
- ☐ in attesa di esito di tampone già effettuato;
 - ☐ condizione di fragilità ai sensi Ordinanza relativa agli alunni e studenti con patologie gravi o immunodepressi ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d-bis) del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22, prot. 134 del 09/10/2020.

La quarantena/l'isolamento fiduciario dureranno presumibilmente fino al _____

RICHIEDE

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

Allega la copia del proprio documento di identità e (contrassegnare la casella di interesse)

- ☐ Allega la copia del documento di identità dell'altro genitore
- ☐ Dichiaro di essere l'unico genitore affidatario.

Dichiaro 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 _____