Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“F.COLLECINI – GIOVANNI XXIII”

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver ricevuto le seguenti indicazione dall’ASL per la/il propria/o figlia/o:

□ quarantena a seguito di contatto stretto con persona risultata Covid positiva;

□ isolamento fiduciario (positivo/a al tampone Covid-19).

RICHIEDE

pertanto, 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.

La quarantena/isolamento fiduciario durerà presumibilmente fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ copia del documento di identità dell’altro genitore;

□ Dichiara di essere l’unico genitore affidatario;

□ Certificato medico del pediatra del SSN;

□ Esito Tampone del Figlio

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Non saranno considerate le richieste che non saranno accompagnate dalla scansione dei documenti di entrambi i genitori o dalla dichiarazione di affido esclusivo.