

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G. Carducci" RIESI**

Oggetto: Attivazione DDI (Didattica Digitale Integrata) per alunni risultati positivi al Covid-19 e/o contatti di soggetti positivi

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
genitore/tutore dell'alunna/o _____ classe/sezione _____
plesso _____ scuola primaria / scuola secondaria

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver ricevuto le seguenti indicazioni da ASL e/o dal medico di medicina generale / 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 (dal ____ / ____ / _____);
- positivo/a al tampone Covid-19 (dal ____ / ____ / _____);

RICHIEDE

l'attivazione delle attività di didattica digitale integrata che si svolge secondo l'orario DAD e in base al Regolamento dell'I.C. "G. Carducci".

Allegati obbligatori:

- documentazione medica dell'Asl o del proprio medico curante attestante la condizione di positività del soggetto e/o del familiare convivente (oppure esito referto di positività);

Ogni documentazione va inviata all'indirizzo di posta elettronica: clic81700n@istruzione.it
Si prega di darne comunicazione anche al docente coordinatore di classe.

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 _____