***MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA e ISOLAMENTO FIDUCIARIO***

Il sottoscritto COGNOME NOME

CF residente in ( )

Via Tel

Cell e-mail

in qualità di

# DEL MINORE

COGNOME NOME

Classe/plesso Data di Nascita

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio figlio sarà sottoposto al regime di quarantena/isolamento fiduciario in quanto positivo al COVID-19/ contatto stretto di caso positivo al COVID-19 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’attivazione della Didattica a Distanza per il suddetto periodo.

Con la presente dichiara di aver preso visione del Piano Scolastico per la Didattica Digitale integrata e relativo regolamento (all.1), nonché del Patto di Corresponsabilità d’Istituto, e di accettarne le clausole.

In fede Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.