

OGGETTO: Richiesta di attivazione Didattica a Distanza per quarantena o isolamento

Il/i sottoscritto/i _____
genitori/tutore legale dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____
della scuola _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza in quanto familiare convivente di persona positiva;
- che il familiare convivente positivo è *(indicare il grado di parentela)*
dell'alunno/a, così come indicato dalla certificazione allegata;
- che il/la proprio/a figlio/a riprenderà la frequenza scolastica in presenza con tampone molecolare o antigenico negativo.

CHIEDE:

l'attivazione, a beneficio del/della proprio/a figlio/a, della Didattica a Distanza.

Allegati obbligatori:

1. documentazione medica dell'Asl o del proprio medico curante attestante la condizione di positività del suddetto familiare convivente;
2. copia della carta d'identità in corso di validità.

Ogni documentazione va inviata all'indirizzo di posta elettronica: veic853008@istruzione.it

Luogo e data

Firma dei genitori/Tutore legale del minore
