

MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA / DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA PER ALUNNI RISULTATI POSITIVI AL COVID-19

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (___)
Via _____ Tel. _____
Cell _____ e-mail _____
in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____
Classe/plesso _____ Data di Nascita _____
Recapito telefonico _____

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 verifera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio/a figlio/a sarà sottoposto/a al regime di isolamento in quanto positivo/a al COVID-19 da l _____ al _____

CHIEDE

l'attivazione della Didattica a Distanza / Didattica Digitale Integrata per il suddetto periodo.

Allega certificato medico come da DL 24/2022

In fede

Data

(Firma del dichiarante)
