Modello richiesta DAD

**Al Dirigente Scolastico**

**Del I C.D. di Somma Vesuviana**

**e-mail:** **richiestedad@1cdsomma.edu.it**

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 da ASL:

* di porre la/il propria/o figlia/o in quarantena/isolamento fiduciario a seguito di contatto stretto con persona risultata Covid positiva;
* positivo/a al tampone Covid-19;
* in attesa di esito di tampone già effettuato;
* condizione di fragilità ai sensi Ordinanza relativa agli alunni e studenti con patologie gravi o immunodepressi ai sensi dell’articolo 2, comma 1, lettera d-bis) del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22, prot. 134 del 09/10/2020.

La quarantena/l’isolamento fiduciario dureranno presumibilmente fino al

# RICHIEDE

l’attivazione delle attività di didattica digitale integrata che si svolge secondo l’orario DAD pubblicato nella bacheca della classe e secondo il Regolamento del Circolo.

Allega la copia del proprio documento di identità

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 \_

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