

**Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. "Castellana S. - Polizzi G."
Castellana Sicula**

Oggetto: Richiesta attivazione DDI

I sottoscritti _____
(cognome) e (nome)

I sottoscritti _____
(cognome) e (nome)

In qualità di genitori / tutori dell'alunno/a

(cognome) e (nome)

frequentante la classe _____ Scuola _____ di _____

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARANO DI CHIEDERE L'ATTIVAZIONE DELLA D.D.I.
per il seguente motivo:**

Figlio/a positivo/a al Sars CoV 2 – in situazione accertata mediante esecuzione di un tampone antigenico/molecolare in farmacia e/o centro abilitato (no autosomministrato) effettuato il _____/_____/_____

I genitori/tutori esercenti la potestà genitoriale, consapevoli che la positività al Covid-19 è una condizione di morbilità, sotto la propria responsabilità e previa acquisizione del parere MMG/PLS, dichiarano che l'alunno/a è in condizioni psico-fisiche di seguire le lezioni a distanza, nelle modalità programmate dalla scuola.

I sottoscritti genitori/tutori esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 per le finalità connesse all'attivazione DDI.

Si allegano:

1. Esito tampone positivo alunno/a
2. Parere del Pediatra e/o del MMG delle buone condizioni di salute del bambino/a.

_____, _____/_____/_____

Firme

