*Allegato n. 1*

**Al Dirigente Scolastico**

**D.D.3 Circolo di Aversa**

**Oggetto: Richiesta attivazione DDI**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

In qualità di genitori dell’alunno/a

…………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

frequentante la classe …….. Scuola ………………. Plesso …………………………..

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/Figlia positivo/a al Sars CoV 2 – in situazione accertata mediante esecuzione di tampone antigenico/molecolare in farmacia e/o centro abilitato (no autosomministrato) **in data …**
 |

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’alunna/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 DID.

Si allegano:

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

Luogo, data Firma autografa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_