*Allegato n. 2*

**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:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Figlio/Figlia in quarantena precauzionale per contatto stretto in ambito familiare di positivo accertato mediante esecuzione di tampone antigenico/molecolare in farmacia e/o e centro abilitato (no autosomministrato).
 |

I genitori/tutori esercenti la potestà genitoriale, sotto la propria responsabilità dichiarano che la situazione di quarantena precauzionale **è disposta da………………..,** per il periodo **dal………..al…………..** e che l’alunno/a è impossibilitato/a a frequentare le lezioni in presenza poiché non può essere sottoposto al regime di auto sorveglianza, in quanto :

* non vaccinato;
* non ha completato il ciclo vaccinale primario;
* ha completato il ciclo vaccinale primario da più di 120 giorni;
* è guarito dal Covid da più di 120 giorni.

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 allega:

* Esito tampone positivo accertato (in ambito familiare)

Luogo, data Firma autografa

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