

**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)

\_\_\_\_\_