Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a_____nato a_____il_____

genitore/tutore dell'alunna/o _____

classe/sezione_____plesso_____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver ricevuto 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.

La quarantena/l'isolamento fiduciario dureranno presumibilmente fino al _____

RICHIEDE

pertanto, l'attivazione delle attività di didattica digitale integrata le cui modalità e tempistica saranno comunicate dai docenti di classe e che con la presente si accettano.

Allega la copia del proprio documento di identità e

(contrassegnare la casella di interesse)

□ Allega la copia del documento di identità dell'altro genitore

□ Dichiara di essere l'unico genitore affidatario.

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs 101/2018 in ottemperanza del GDPR, 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.

Grazie per la collaborazione