***MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA***

Il sottoscritto COGNOME NOME

CF residente in ( )

Via Tel

Cell e-mail

in qualitàdi

# DEL MINORE

COGNOME NOME

Classe/plesso Data diNascita

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 veritiera

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio figlio sarà sottoposto al regime di quarantena in quanto contatto stretto di caso positivo al COVID-19 dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’attivazione della Didattica digitale integrata per il suddetto periodo.

Infede Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.