

OGGETTO: Richiesta di attivazione Didattica a Distanza per quarantena

Il/la sottoscritto/a _____ e il/la
sottoscritto/a _____,
genitori/tutore legale dell'alunno/a _____,
frequentante la classe _____, sez. _____, indirizzo _____,

DICHIARA/DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza in quanto familiare convivente di persona positiva o contatto stretto di una persona positiva e che lo/a stesso/a alunno/a è in attesa di tampone/esito tampone; che il contatto positivo è *(indicare il grado di parentela)* _____ dell'alunno/a, così come indicato dalla certificazione allegata;
- che il/la proprio/a figlio/a è posto in quarantena in quanto risultato positivo al Covid-19
- che il/la proprio/a figlio/a riprenderà la frequenza scolastica solo dietro presentazione di certificato medico attestante le condizioni di buona salute/ negatività al test dell'alunno/a e al termine del periodo di quarantena.

CHIEDE/CHIEDONO:

l'attivazione, a beneficio del/della proprio/a figlio/a, della Didattica a Distanza dal _____
al _____

Allegati obbligatori:

1. documentazione medica dell'Asl o del proprio medico curante attestante la condizione di positività del suddetto familiare convivente;
2. copia della carta d'identità in corso di validità.

Ogni documentazione va inviata all'indirizzo di posta elettronica: apic80600p@istruzione.it
e per conoscenza al **docente coordinatore di classe**.

Luogo e data

Firma dei genitori/
Tutore legale del minore

N.B. I soggetti in **quarantena** – in quanto contatti stretti di pazienti con accertata infezione da SARS-CoV-2 – devono rimanere a casa per **7 giorni** dall'ultima volta che sono stati a contatto con il caso positivo se vaccinati e hanno un tampone negativo possono far rientro a scuola previa presentazione del certificato attestante l'avvenuta guarigione e il termine della quarantena stessa. Conclusa la quarantena, se non sono comparsi sintomi, la persona può ritornare in comunità.