*Allegaton.1*

**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo Ungaretti**

**Oggetto:RichiestaattivazioneDDI**

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 positivo/aalSarsCoV2
2. Figlio/Figlia in isolamento fiduciario obbligatorio o quarantena obbligatoria
3. Figlio/figlia contatto stretto di caso positivo secondo quanto previsto dal DL 229 del 30.12.2021

Relativamente alla condizione di cui al punto 1, i genitori/tutori esercenti la potestà genitoriale, consapevoli che la positività al Covid-19 è una condizione di malattia, sotto la propria responsabilità e/o previo parere del MMG/PLS, dichiarano che l’alunna/a può seguire le lezioni a distanza.

Luogo e data Firma autografa

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

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