|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTERO DELL’ISTRUZIONE ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “S. PERTINI”***Via Rossini n°115 - 21052 BUSTO ARSIZIO***Tel. 0331.683555****Codice VAIC858001****E-MAIL:** **VAIC858001@ISTRUZIONE.it** |  |

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.

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, 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