Allegato

AUTOCERTIFICAZIONE

PER RICHIESTA DEL PERCORSO DAD

CAUSA CONTAGIO DA COVID 19

Il/la sottoscritto/a nato/a a ( ) il / / , residente a ( )

In Via n°

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto istituto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall’art. 46 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID 19 per la tutela della salute della collettività, a seguito dei sintomi manifestati dal proprio figlio/a

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a è risultato **positivo** al test molecolare del Covid-19 (**come risulta da allegato esito tampone)** e di aver contattato il Medico di Medicina Generale/Medico curante ottemperando a quanto previsto dalle “Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai SARs-CoV-nelle scuole pertanto

**RICHIEDE**

Al Dirigente Scolastico l’attivazione del percorso DAD

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo, | Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) |

Ai sensi dell’art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite