**Al Dirigente scolastico del 3 circolo di Aversa**

**Oggetto: Richiesta attivazione DDI**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

In qualità di genitori dell’alunno/a

…………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

Frequentante la classe……..del 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 |
|  | 1. Figlio/Figlia in isolamento fiduciario obbligatorio o quarantena obbligatoria |
|  | 1. Figlio/figlia contatto stretto di caso positivo secondo quanto previsto dal DL 229 del30.12.2021 |

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.

I sottoscritti genitori/tutori esercenti la potestà genitoriale dell’alunno/a esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 per le finalità connesse all’attivazione DID.

Luogo e data Firma autografa

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