**RICHIESTA ATTIVAZIONE DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA -DID**

# PER ASSENZA DOVUTA A POSITIVITA’ DA COVID -19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome classe\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_,

Scuola dell’Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di primo grado

# COMUNICA

che il proprio figlio è sottoposto a isolamento per infezione da COVID-19 ed è impossibilitato a seguire le attività didattiche in presenza.

Pertanto,

# RICHIEDE

l’attivazione della didattica in modalità a distanza – DDI (didattica digitale integrata).

A tal fine:

* dichiara che il medico curante/pediatra si è espresso positivamente in merito alla DDI, in considerazione dello stato di salute del minore;
* dichiara di essere in possesso di apposita strumentazione e connessione internet;
* dichiara la disponibilità a concordare con il team docente/Consiglio di classe modalità e tempi di fruizione del servizio;
* si impegna a comunicare tempestivamente la possibilità del minore a riprendere il percorso scolastico in presenza, ad avvenuta guarigione – previo tampone negativo che sarà trasmesso alla Scuola.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Il padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    La madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |