Al Dirigente Scolastico

 del Liceo Classico “Jacopo Stellini”

dirigente@stelliniudine.edu.it

udpc010005@istruzione.it

OGGETTO: Richiesta di attivazione Didattica a Distanza

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori/tutore legale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_, del Liceo classico “Jacopo Stellini”, segnalano che il/la proprio/a figlio/a è risultato/a positivo/a al Covid-19, come da certificato allegato; pertanto

CHIEDE/CHIEDONO:

l’attivazione della Didattica a Distanza a beneficio del/della proprio/a figlio/a, che riprenderà la frequenza scolastica solo dietro presentazione dell’esito del test molecolare o antigenico negativo e/o di certificato medico attestante le condizioni di buona salute/ negatività al test dell’alunno/a al termine del periodo di quarantena.

L’ultima presenza in classe di mio/a figlio/a risale a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le dichiarazioni contenute nella presente richiesta sono rese ai sensi del DPR 445/2000, con valore di autocertificazione. Dichiariamo di essere consapevoli di quanto previsto dagli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi contenenti dati non rispondenti alla verità.

Luogo e data

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

Firme dei genitori/

Tutore legale del minore