

**Richiesta di attivazione della DaD  
Alunno in quarantena**

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. 3 Ponte – Siciliano Pomig.  
ic3comunicazioni@gmail.com

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
e La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
iscritto/a nel corrente anno scolastico presso l'I.C. 3 Ponte – Siciliano Pomig,  
grado scolastico  Infanzia  Primaria  
plesso scolastico  Capoluogo  Rodari  Siciliano Classe/sez. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, dell'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art. 15 comma 1 della L. 183/2011, consapevole delle sanzioni di natura procedurale e di natura penale previste ai sensi dell'art. 26 della legge n. 15/1968 e degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, che:

Il/la proprio/a figlio/a è in stato di quarantena per disposizione del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente in quanto individuato quale contatto stretto del seguente familiare Convivente \_\_\_\_\_ (indicare cognome e nome e grado di parentela) affetto da SARS-CoV-2 dal \_\_\_\_\_ (indicare data di effettuazione dell'esame);  
Il/la proprio/a figlio/a ha avuto l'ultimo contatto con il caso positivo convivente in data \_\_\_\_\_ ;  
Lo stato di quarantena termina in data \_\_\_\_\_ .

***N.B. Secondo la circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12.10.2020, il rientro in comunità dei contatti stretti asintomatici di casi positivi accertati segue la seguente tempistica: un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso oppure un periodo di quarantena di 10giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.***

**CHIEDE**

pertanto, alla luce di quanto previsto dal Piano Scolastico per la Didattica Digitale Integrata, che venga attivato per il/la proprio/a figlio/a il relativo percorso previsto per gli alunni in quarantena.

Allega alla presente, certificazione con cui è stato confermato lo stato di positività dagli organi competenti del familiare convivente (ASL, laboratorio/centro diagnostico accreditato presso la Regione Campania per effettuazione dei tamponi molecolari).

Allega altresì copia del documento di identità.

**Si precisa che i dati personali definiti come "dati particolari (ex sensibili)" previsti dall' art. 9 del GDPR saranno trattati esclusivamente dal personale autorizzato della scuola, appositamente incaricato/autorizzato, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento e tassativamente nel rispetto del principio di stretta indispensabilità dei trattamenti.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/Tutori del minore

\_\_\_\_\_