



ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale
 Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ (0982) 91081- 91294
 C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L
 e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it
 Sito web: www.iccetraro.edu.it
 codice IPA: istsc_csic872004



Al Dirigente Scolastico
 IC Cetraro

Il/La sottoscritt _____
 (cognome e nome)

in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale tutore affidatario

e il/la sottoscritt _____
 (cognome e nome)

in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale tutore affidatario

dell'alunn _____, nat_a _____ (____) il
 _____ (cognome e nome)

____/____/____, frequentante la classe _____ sez. _____ della

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di I grado
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Lucia	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini – "C. Alvaro"
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

VISTO

il Decreto – Legge 24 marzo 2022, n. 24;

VISTA

la circolare del Ministero dell'Istruzione del 29 marzo 2022, n. 410;

CONSIDERATO

che il/la propri__ figli__ in data ____/____/____ è risultato positivo al test diagnostico (molecolare o antigenico) per SARS-CoV-2 ed è stat__ sottopost__ alla misura dell'isolamento;

CONSIDERATO

che il/la propri__ figli__ risulta affett__ da grave patologia o immunodepressione;

RICHIEDE/RICHIEDONO

di poter fruire delle attività scolastiche nella modalità della didattica digitale integrata nel rispetto dello specifico Regolamento di Istituto e secondo le modalità comunicate dal personale docente in servizio nella classe/sezione.

Allega la certificazione medica attestante la piena compatibilità delle condizioni di salute dell'alunna/o con la partecipazione alla didattica digitale integrata

Allega la certificazione medica attestante che il/la propri__ figli__ sia affett__ da grave patologia o immunodepressione e in cui sia comprovata l'impossibilità di fruizione di lezioni in presenza;

Allega la copia del proprio documento di identità e dell'altro genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Dichiara di essere l'unico genitore affidatario.

Dichiara/no altresì di essere informato/a/i, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(Luogo e data) _____

Il/la dichiarante _____

Il/la dichiarante _____

*** Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione, qualora la richiesta sia firmata da un solo genitore, si intende che sia stata condivisa.**

N.B. il modulo compilato in tutte le sue parti deve essere firmato, trasformato in pdf e inviato tramite e mail all'indirizzo csic872004@istruzione.it