Al Dirigente Scolastico

del Liceo Classico “T.L. Caro” Sarno

prof.ssa Emma Tortora

[sapc10000p@istruzione.it](mailto:sapc10000p@istruzione.it)

**OGGETTO: COMUNICAZIONE STATO DI POSITIVITA’/QUARANTENA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori/tutore legale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA/DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’:

* che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza, in quanto persona sottoposta a quarantena e in attesa di esito di tampone;

o

* che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni in presenza, in quanto persona positiva al Covid-19 in seguito ad esito di tampone;
* che il/la proprio/a figlio/a riprenderà la frequenza scolastica solo dietro presentazione di certificato medico attestante le condizioni di buona salute dell’alunno/a.

CHIEDE/CHIEDONO

l’attivazione, a beneficio del/della proprio/a figlio/a, della Didattica a Distanza.

**ALLEGATO OBBLIGATORIO:** Documentazione medica dell’Asl di riferimento attestante la condizione di positività al Covid-19 oppure certificato del medico di medicina generale in cui si dichiara lo stato di quarantena del suddetto alunno.

Il sottoscritto/I sottoscritti dichiara/dichiarano:

- di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute di tutte le persone presenti all’interno dell’Istituto scolastico, pertanto, presta/prestano il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell’emergenza da Covid-19.

Luogo e data

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

Firma dei genitori/Tutore legale del minore

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