**AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA ATTIVAZIONE**

**DIDATTICA INTEGRATA A DISTANZA**

II/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante il corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

* di essere assente per malattia da 7 giorni (dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* di essere in quarantena in attesa di test diagnostico (14 gg)
* \*di non poter frequentare la scuola in quanto utente fragile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* \*di non poter frequentare la scuola in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

che venga attivata la Didattica Integrata a Distanza(DID) nei giorni futuri di didattica in presenza

per il seguente periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si IMPEGNA

* In caso di malattia, di inviare all’indirizzo e-mail mcmm05300c@istruzione.it un certificato medico di guarigione per il rientro in presenza alle lezioni
* In caso di quarantena di inviare all’indirizzo e-mail mcmm05300c@istruzione.it un certificato medico
* In caso di quarantena di inviare all’indirizzo e-mail mcmm05300c@istruzione.it la documentazione rilasciata dall’ASUR che certifichi il periodo di quarantena e/o esito del tampone
* In caso di “Utente fragile” di inviare all’indirizzo e-mail mcmm05300c@istruzione.it una certificazione medica.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*nell'opzione indicare le esigenze familiari che saranno esaminate dalla Dirigente Scolastica e accolte, se ritenute valide.