

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA ATTIVAZIONE
DIDATTICA INTEGRATA A DISTANZA**

Il/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
- *di non poter frequentare la scuola in quanto _____

CHIEDE

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

(allega documentazione medica)

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

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

