

## AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA ATTIVAZIONE

### DIDATTICA INTEGRATA A DISTANZA

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

in qualità di genitore (o tutore della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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

- che il proprio figlio/a è assente per malattia da 7 giorni (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- che il proprio figlio/a è in quarantena in attesa di test diagnostico
- \*che il proprio figlio/a non può frequentare la scuola in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

che venga attivata per il proprio figlio/a la Didattica Integrata a Distanza (DID) nei giorni futuri di  
didattica in presenza.

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.