

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Omnicomprensivo
di Torre Orsaia (SA)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Oggetto: **Dichiarazione quarantena Richiesta DDI**

Il sottoscritto.....nato ail
..... Documento d'identità n.

Il sottoscritto.....nato ail
..... Documento d'identità n.

nella qualità di genitori/tutori
dell'alunno/a.....della classe.....sez.....

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità

CHE

Il/la proprio/a figlio/a _____

Iscritto/a alla classe _____sez. _____

è stato posto in stato di **quarantena dal giorno** ___/___/___ **sino al giorno** ___/___/2022 in quanto contatto ad alto rischio e che in base al disposto del Decreto Legge n. 5 del 04/02/2022 ed alle indicazioni della Circolare del Ministero della Salute 9498 del 04/02/2022 **non può usufruire del regime di auto sorveglianza** e pertanto

CHIEDONO

che venga attivata la misura della didattica a distanza nelle modalità previste da quanto stabilito dagli OO.CC. di codesto Istituto.

Dichiarano di essere forniti dei necessari dispositivi e collegamenti e di essere in grado di fornire l'assistenza necessaria per lo svolgimento dell'attività.

Si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Dichiarano di essere consapevoli che la cessazione della quarantena consegue all'esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2, e che la **riammissione in classe** dei soggetti in regime di quarantena è **subordinata alla sola dimostrazione di avere effettuato un test antigenico** rapido o molecolare con esito negativo, anche in centri privati a ciò abilitati, **con l'obbligo di indossare per i successivi cinque giorni i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2.**

DA INVIARE A saic816001@istruzione.it ALLEGANDO COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL/I DICHIARANTE/I

Modello 1 Richiesta DDI e assunzione di responsabilità in relazione allo stato vaccinale

Dichiarano, infine, di essere informati ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Torre Orsaia il

Firma dei genitore/i o tutore/i (se l'alunno è minorenni)

.....

.....

Firma dell'alunno (se maggiorenne)

.....

DA INVIARE A saic816001@istruzione.it ALLEGANDO COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL/I DICHIARANTE/I