

OGGETTO: Richiesta attivazione DAD/DDI per quarantena

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ INFANZIA PRIMARIA SEC. I GRADO

DICHIARA

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
sotto la propria responsabilità*

che il proprio figlio è stato a contatto stretto con un positivo al virus SARS CoV 2 in data _____

che la situazione del proprio figlio/a non soddisfa le condizioni necessarie per
l'autosorveglianza(*)

e pertanto,

CHIEDE

per il proprio figlio l'attivazione della DAD/DDI dovendo rispettare una quarantena della durata di 5 giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo, la cui cessazione è condizionata all'esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare eseguito alla scadenza di tale periodo.

Carlentini, _____

FIRMA DEL GENITORE

() L'autosorveglianza di 5 giorni si applica per coloro che hanno ricevuto la dose booster o che hanno completato il ciclo vaccinale primario entro 120 giorni, o che sono guariti entro 120 giorni o che sono guariti dopo il completamento del ciclo primario (Circolare Ministero della Salute n. 9498 del 04/02/2022)*