

Allegato – Autocertificazione richiesta DAD

AI Dirigente dell'I.C. PEROTTI-RUFFO

CASSANO DELLE MURGE

Oggetto: Autocertificazione richiesta DAD

La/II sottoscritta/o

Nome	Cognome

Comune di nascita	Data di nascita

Recapito telefonico

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- genitore o tutore dello studente frequentante l'Istituto scolastico sopra indicato, classe _____:

Nome	Cognome

Dichiara

che il proprio figlio si trova nella seguente situazione:

- POSITIVO dal _____
- CONTATTO DI POSITIVO dal _____ NON VACCINATO
- CONTATTO DI POSITIVO dal _____ CON CICLO VACCINALE COMPLETATO O GUARITO DA PIU' DI 120 GIORNI (DATA ULTIMO VACCINO _____)

Chiede

l'attivazione della DDI a partire dal _____

Nota bene: si ricorda che per coloro che si collocano entro 120 giorni dalla somministrazione della 2° dose, o dalla guarigione Covid o dalla somministrazione della 3° dose, NON E' PREVISTA QUARANTENA, pertanto non sarà autorizzata la richiesta di DDI.

Data, // _____

Firma del genitore/tutore