**Modulo2: Richiesta DAD in via esclusiva per alunni conviventi con soggetto in condizione di fragilità certificata**

**da inviare a** [**sceltadad@istitutonovelli.edu.it**](mailto:sceltadad@istitutonovelli.edu.it)

allegati al presente modulo:

* scannerizzazione ( o foto) del certificato medico attestante la condizione di fragilità del soggetto convivente con lo studente e l’impossibilità dello studente stesso di seguire le lezioni in presenza per il rischio di contagio particolarmente elevato a carico del soggetto fragile convivente
* foto ( o scannerizzazione)fronte-retro dei documenti di identità dei richiedenti

Al Dirigente Scolastico dell’ISISS “G.B. Novelli” di Marcianise (CE)

Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di

|  |  |
| --- | --- |
| PadreMadreAffidatario Tutore | |
| Cognome : | Nome: |
| Data Nascita : | Comune di Nascita: |
| Provincia di Nascita: | Cittadinanza: |
| Telefono fisso: | Cellulare: |
| Indirizzo email : | |
| **Residenza Genitore/Affidatario/Tutore** | |
| Provincia: | Comune di residenza: |
| Via e N° civico: | CAP: |
| **Domicilio Genitore/ Affidatario/Tutore( solo se diverso dalla Residenza)** | |
| Provincia: | Comune di residenza: |
| Via e N° civico: | CAP: |
| **Dati altro genitore/Affidatario/tutore** | |
| PadreMadreAffidatario Tutore | |
| Cognome : | Nome: |
| Data Nascita : | Comune di Nascita: |
| Provincia di Nascita: | Cittadinanza: |
| Telefono fisso: | Cellulare: |
| Indirizzo email : | |
| **Residenza Genitore/Affidatario/Tutore** | |
| Provincia: | Comune di residenza: |
| Via e N° civico: | CAP: |
| **Domicilio Genitore/ Affidatario/Tutore( solo se diverso dalla Residenza)** | |
| Provincia: | Comune di residenza: |
| Via e N° civico: | CAP: |

dell’alunno/a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome Alunno/a : | Nome Alunno/a : | |
| Data Nascita : | Comune di Nascita: | |
| Provincia di Nascita: | Cittadinanza: | |
| **Classe : Sez. : Indirizzo di studi** : | | |
| Provincia di residenza: | Comune di residenza: | |
| Indirizzo : | CAP Comune di residenza: | |
| **Dati Domicilio Alunno/a( solo se diverso dalla Residenza)** | | |
| Provincia di domicilio: | | Comune di domicilio: |
| Indirizzo di domicilio : | | CAP Comune di domicilio: |

DICHIARA/DICHIARANO ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

che il/la proprio/a figlio/a sopra citato/a è convivente con

il Sig………………………………………………… in condizione di fragilità certificata che ha il seguente rapporto di parentela con lo studente in intestazione citato :…………………………………………….

*(padre/fratello/nonno/etc)*

oppure

con la Sig.ra…………………………………………………… in condizione di fragilità certificata che ha il seguente rapporto di parentela con lo studente in intestazione citato :……………………………………………

*(madre/sorella/nonna/etc.)*

E PERTANTO RICHIEDE/ONO

alla S.V. che l’allievo/a suddetto/a possa fruire del beneficio della didattica a distanza (DAD) in via esclusiva perché alunno/a medesimo/a è convivente con soggetto in condizione di fragilità certificata ed è impossibilitato, così come attestato da certificato medico allegato, a seguire le lezioni in presenza per il rischio di contagio particolarmente elevato a carico del soggetto in condizione di fragilità convivente , a partire dalla data di accettazione della presente richiesta da parte del Dirigente Scolastico e fino alla data di termine dello stato di emergenza sanitaria , attualmente prorogato fino al 30 Aprile 2021 con delibera del Consiglio dei Ministri nella riunione del 13 Gennaio 2021.

Il/i richiedente/i

SI IMPEGNA/IMPEGNANO

a comunicare tempestivamente alla S.V. qualsiasi richiesta di variazione relativa alla modalità di fruizione delle lezioni da parte dello studente.

Alla presente richiesta il/i richiedente/i allega/allegano :

* scannerizzazione ( o foto) del certificato medico attestante la condizione di fragilità dello studente e l’impossibilità dello studente stesso di seguire le lezioni in presenza
* foto ( o scannerizzazione) fronte-retro dei documenti di identità dei richiedenti

|  |  |
| --- | --- |
| **Marcianise, lì.............** | FirmadeiGenitori/Tutori/Affidatari(\*)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |

(\*) Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione ( in particolare Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3) DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge la volontà di sottoscrivere la presente dichiarazione/autorizzazione nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale