



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"FRESA - PASCOLI"**

*infanzia – primaria – secondaria 1° grado
sedi viale Europa – via Croce Malloni – via Pecorari*

Presidenza ed Uffici: Viale Europa ~ 84015 Nocera Superiore (SA)

☎ 081 933111 C.F.:94083860653 Cod: Mecc.: SAIC8B8007

saic8b8007@istruzione.it – saic8b8007@pec.istruzione.it

www.fresapascoli.edu.it

N.Prot.

**A tutti i docenti
Al DSGA
Sul sito web
Atti**

OGGETTO: richiesta di attivazione didattica a distanza in modalità esclusiva

Si comunica che gli alunni in situazione di “fragilità” possono essere autorizzati ad usufruire della didattica a distanza, quale modalità esclusiva, **solo** per condizioni mediche **certificate**. Allo stesso modo, possono usufruire della dad, gli alunni con patologie certificate che non gli consentono, per un **limitato periodo di tempo** di frequentare la scuola. La richiesta deve essere inoltrata, via *email*, mediante la modulistica allegata, corredata di certificazione medica.

Allegati:

- Modulo alunni fragili
- Modulo richiesta DaD

Il dirigente scolastico
Dott. Michele Cirino

Modulo alunni fragili

da inviare a saic8b8007@istruzione.it corredato da documento d'identità dei richiedenti e indicare in oggetto: **richiesta DaD – alunni fragili_nome e cognome alunno**

**Al Dirigente
Scolastico dell'IC
Fresa-Pascoli
Nocera Superiore**

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

	Nome e cognome	
Genitore		
Genitore		
Tutore/Affidatario		

dell'alunno/a

cognome e nome		
nato/a a		Il
iscritto/a per l'a.s. 2020/21	Classe	Sezione

al fine di realizzare il raccordo tra la scuola, il Dipartimento di Prevenzione e il pediatra/medico di famiglia, previsto dal “*Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID 19*” (prot. n° m_pi.AOOGABMI.RegistroDecreti.R. 87 del 6/8/2020)

DICHIARA/NO

che il pediatra/medico di famiglia/ASL certifica che il/la ragazzo/a è esposto/a ad un rischio potenzialmente maggiore nei confronti dell'infezione da COVID-19, pertanto il pediatra/medico di famiglia prescrive le seguenti misure da adottare a scuola a tutela della salute del/la ragazzo/a¹:

Misure a tutela della salute dell'alunno/a prescritte dal pediatra/medico di famiglia	Prescrizione valida	
	dal _____	al _____

RICHIEDE/ONO

alla scuola l'adozione delle suddette **misure prescritte dal pediatra/medico di famiglia.**

Si impegna/no

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Per qualsiasi informazione contattare il/i seguente/i numero/i telefonico/i:

Si allega certificazione rilasciata dal pediatra/medico di famiglia attestante la condizione di fragilità con la prescrizione delle misure che la scuola deve adottare¹.

**Firme
leggibili**

Data _____

genitore _____

genitore _____

tutore _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA leggibile dei genitori

¹ L'impossibilità di fruizione di lezioni in presenza deve essere prescritta dal pediatra/medico di famiglia/ASL sentito eventualmente anche il Neuropsichiatra infantile appartenente al GLI d'Istituto.

Modulo richiesta DaD

da inviare a saic8b8007@istruzione.it corredato da documento d'identità dei richiedenti e indicare in oggetto: **richiesta DaD – alunni fragili_nome e cognome alunno**

Al Dirigente Scolastico dell'IC Fresa-Pascoli Nocera Superiore

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

	Nome e cognome
Genitore	
Genitore	
Tutore/Affidatario	

dell'alunno/a

cognome e nome		
nato/a a		II
iscritto/a per l'a.s. 2020/21	Classe	Sezione

al fine di realizzare il raccordo tra la scuola, il Dipartimento di Prevenzione e il pediatra/medico di famiglia, previsto dal "Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID 19" (prot. n° m_pi.AOOGABMI.RegistroDecreti.R. 87 del 6/8/2020)

DICHIARA/NO

che il pediatra/medico di famiglia, ASL certifica che il/la ragazzo/a è **impossibilitato a fruire delle lezioni in presenza**, per il seguente motivo

RICHIEDE/ONO

che il proprio/a figlio/a possa avvalersi della Didattica a Distanza dal _____ al _____

ALLEGA/NO

certificazione rilasciata dal pediatra/medico di famiglia, ASL.

Firme leggibili

Data _____

genitore _____ genitore _____

tutore/affidatario _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA leggibile dei genitori
