|  |  |
| --- | --- |
| **Istituto Istruzione Secondaria Superiore S.A. De Castro O R I S T A N O**  Piazza Aldo Moro,2 , Tel 0783-70110/769106 - Fax *0783*-777235  CF: 90050990952  Mail [ORIS011007@Istruzione.it](mailto:ORIS011007@Istruzione.it) - Pec. [ORIS011007@Pec.istruzione.it](mailto:ORIS011007@Pec.istruzione.it) |  |
|  |

***Alla cortese attenzione***

***del Dirigente Scolastico***

***dell’IIS “De Castro”***

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell\_\_\_ student \_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del ⬜Liceo Classico ⬜Liceo Artistico ⬜AFM ⬜Grafico ⬜Liceo Scientifico

**CHIEDE**

che \_\_l\_\_ propri\_\_\_ figli\_\_\_

possa frequentare le lezioni in presenza, a seguito della constatazione di due contagi da COVID 19 nella sua classe.

Consapevole che tale possibilità è offerta dalla normativa vigente solamente agli *“****alunni che abbiano concluso il ciclo vaccinale primario, o che siano guariti, da meno di centoventi giorni e per coloro ai quali sia stata successivamente somministrata la dose di richiamo […]****con l’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo* ***FFP2 per almeno 10 giorni****; si raccomanda di* ***non consumare pasti a scuola*** *a meno che non possa essere mantenuta una distanza interpersonale di almeno due metri; […]* ***i requisiti per poter frequentare in presenza****, seppur in regime di Autosorveglianza,* ***devono essere dimostrati dall’alunno interessato****.* ***L’istituzione scolastica, per effetto dell’intervento legislativo, è abilitata a prendere conoscenza dello stato vaccinale degli studenti in questo specifico caso”*** (Nota del Ministero dell’Istruzione e del Ministero della Salute dell’8 gennaio 2022), \_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_

**DICHIARA**

che la situazione del\_\_\_ propri\_\_\_ figli\_\_\_, in relazione alla campagna vaccinale e/o allo stato di salute, è il seguente (barrare il relativo caso):

* ha concluso il ciclo vaccinale primario (prime due dosi) da meno di 120 giorni
* è guarit\_\_ da meno di 120 giorni
* ha ricevuto la dose di richiamo (terza dose)

**ALLEGA**

alla presente dichiarazione la documentazione che comprova la propria dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_