Ministero dell'Istruzione
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L.Docimo"
Viale Italia ,103 - 87040 **ROSE (CS)**
Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L
Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -
E-Mail: csic80900L@istruzione.it
Pec csic80900L@pec.istruzione.it
Sito Web: www.istitutocomprensivorose.edu.it

n. *ro* _____/___-____ *Ris.* per Dati sensibili

Rose, __/__/ 2020

Al Dirigente scolastico dell'Istituto in intestazione
Agli Atti dell'Amministrazione
SEDE

Oggetto: MODULO Autorizzazione Frequenza a Scuola in presenza del/la proprio/a Figlio/a, con riconosciuta, causa particolare Patologia, Condizione di "*Fragilità*", anno scolastico 2020/2021 e Deresponsabilizzazione della Scuola

Il/La/I sottoscritto/a/i , _____ _____
□ (*Madre*) □ (*Padre*)
□ (*Tutore/i*)_____

dell'alunno/a _____ _____
frequentante, nell'anno scolastico in corso, 202_/202_ , la classe____, sez. _____, plesso _____,

Ordine di Scuola _____ di questa Istituzione scolastica.
VISTO l'avvenuta segnalazione della Condizione di Fragilità del/la proprio/a Figlio/a, che è stata riconosciuta;
VISTO ed **ASSUNTO** l'Informativa, da parte della Scuola, sulla possibilità di attivazione della DiI e/o D@D, a tutela della Salute del/la proprio/a Figlio\a, in base alle Certificazioni mediche;
attestando, su propria Responsabilità, il rispetto del Principio della Bigenitorialità, in caso di unica firma di sottoscrizione,

DICHIARA/NO

La Volontà, su propria Responsabilità, nonostante ogni Attivazione, da parte della Scuola, alla valenza dell'anno scolastico in corso, attraverso modalità alternativa, come da Om. m_pi. n.*ro* 134 del 9 ottobre 2020, relativa agli "*Alunni … con patologie gravi o immunodepressi, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d-bis) del D.L. 8 aprile 2020, n.ro 22*" di

FAR FREQUENTARE LE LEZIONI IN PRESENZA A SCUOLA AL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

TQSM

A rendere piena deresponsabilizzazione all'Amministrazione scolastica, in caso di qualsivoglia conseguenza, derivante dalla detta volontà dichiarata, nonostante l'Informativa attivata, dalla stessa Scuola, in ordine ai potenziali Rischi emergenti.

In conseguenza di ciò, Il/La/I sottoscritto/a/i assume/ono l'Obbligo di
dotare il/la proprio/a Figlio/a dei consigliati Dpi e di provvedere alla verifica del corretto e possibile uso degli stessi.
Comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione alla detta Autorizzazione o alle Condizioni, ivi, espresse.
Attestare il detto recapito_____, per qualsiasi informazione.

San Demetrio Corone, ___/__/202__ Firma di entrambi i genitori o Chi in loro vece

_____ _____

Visto Il Dirigente scolastico

(Prof.*ssa* Concetta Smeriglio)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2 D.L.gs n. 39/93 con originale agli Atti dell'Ufficio