

# Modulo Alunni Fragili

da inviare a [nasd04000b@istruzione.it](mailto:nasd04000b@istruzione.it) e [sportelloCovid@liceodechirico.net](mailto:sportelloCovid@liceodechirico.net) corredato da documento d'identità dei richiedenti indicare in oggetto: *dati sensibili\_nome e cognome alunno*

Al Dirigente Scolastico del Liceo Statale "G.de Chirico"  
Torre Annunziata

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

	Nome e cognome	
<b>genitore</b>		
<b>genitore</b>		
<b>tutore</b>		
<b>affidatario</b>		

## 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 con 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.Registro Decreti.R. 87 del 6/8/2020) e in conformità all'ordinanza del Presidente della Regione Campania n.1/2021, punto 1.5 ("deve essere comunque assicurata, su richiesta, la fruizione dell'attività didattica a distanza agli alunni con situazione di fragilità del sistema immunitario, proprie...")

## DICHIARA/NO

che il pediatra/medico di famiglia 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/a<sup>1</sup>:

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 dell'impossibilità di fruizione di lezioni in presenza o, eventualmente, delle misure che la scuola deve adottare (visiere, guanti, grembiuli...).**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA (leggibile)

Genitore \_\_\_\_\_

Genitore \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara/no di aver effettuato la presente scelta/riciesta 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.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA leggibile del/i genitore/i

\_\_\_\_\_