**Al Dirigente Scolastico dell’ I.I.S. “Rosina Salvo”**

**Trapani**

 **Oggetto: Richiesta di attività didattica in presenza dal 29/10/2020 al 13/10/2020**

I sottoscritti ….……………………………………………………………,genitori

dell’alunno/a ………………………………………..,nato/a …………………… il

…………….e residente in …………………………..(prov. ) via………………..

…………………………………. n.. …..

**Richiedono**

Al **Dirigente Scolastico** di autorizzare il proprio figlio/a a recarsi presso i locali dell’I.I.S. R. Salvo dal 29/10/2020 al 13/11/2020 durante il periodo di sospensione dell’attività didattica per svolgere le lezioni in presenza con il supporto del docente di sostegno e dell’ eventuale assistente all’autonomia-comunicazione e igienico personale ai sensi dell’ Ordinanza Regionale n.51 del 24/10/2020.

**Dichiarano**, a tal fine, sotto la propria responsabilità che il proprio figlio/a:

* è in buono stato di salute esonerando la scuola da ogni responsabilità sia civile che penale relativa e conseguente all’ accertamento di suddetta idoneità;
* non è sottoposto/a alla misura della quarantena e non è risultato/a positivo/a al COVID-19;

* nei 10 giorni precedenti alla presente dichiarazione non ha avuto alcuna infezione respiratoria acuta e non è stato/a a stretto contatto con un caso probabile o confermato di infezione di COVID -19.

**Dichiarano inoltre**

* di accompagnare il proprio figlio presso la struttura scolastica solo nel caso in cui si accerti che la temperatura è inferiore a 37,5°C e che non presenti alcuna infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratorie);
* di adottare l’uso delle mascherine e di altri dispositivi di protezione conformi alle disposizione delle autorità scientifiche e sanitarie e del Dirigente Scolastico;
* di sottoporsi prima di entrare nei locali scolastici al controllo della temperatura corporea. Se questa risulterà superiore ai 37.5°C non ne sarà consentito l’accesso;
* di fare restare a casa l’alunno nel caso di temperatura superiore a 37,5°C o in presenza di infezione respiratoria acuta.

Data …………………………. Firma