

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

**DICHIARANO**

sotto la propria responsabilità

Che

Il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_

si trova in condizione di fragilità per la/le seguente/i patologia/e, attestata/e da certificato medico, che si allega alla presente dichiarazione

Il/la sig. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

È convivente nel proprio nucleo familiare e si trova in condizione di fragilità per la/le seguente/i patologia/e, attestata/e da certificato medico, che si allega alla presente dichiarazione

CHIEDONO

Alla S.V. che venga attivata la misura della didattica a distanza nelle modalità previste da quanto stabilito dagli OO.CC. di codesto istituto.

*In allegato certificazione medica dell'alunno in condizione di fragilità (o del convivente in condizione di fragilità) e copia del documento di riconoscimento del/i richiedente/i.*

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione

Luogo, \_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI O ESERCENTI POTESTÀ GENITORIALE

\_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_