



**Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
"Archimede"**

Via Sipiione, 147 - 96019 Rosolini (SR)

Tel. 0931/502286 – Fax: 0931/850007

e-mail: sris017003@istruzione.it - sris017003@pec.istruzione.it

C.F. 83001030895 - Cod. Mecc. SRIS017003

Codice Univoco Ufficio: UF5C1Y

www.istitutosuperiorearchimede.edu.it

CIRCOLARE n. 204 del 08/10/2022

*Alle Famiglie
Agli Studenti e Alle Studentesse
Ai Coordinatori di classe
Al personale docente
Al DSGA*

**OGGETTO: Rilevazione stato vaccinale in caso di positività in famiglia
- Richiesta DID**

In riferimento alle nuove disposizioni trattamento “Casi Covid19 – D.L. N. 5 del 07/02/2022” nel momento in cui sia stato riscontrato un caso di positività in famiglia, i genitori dovranno inviare la scheda in allegato.

L'inoltro della scheda e l'allegata documentazione utile sarà inviata alla mail sris017003@istruzione.it

**La Dirigente Scolastica
dott.ssa Maria Teresa Cirmena**

Rilevazione stato vaccinale in caso di positività in famiglia

RICHIESTA DIDATTICA A DISTANZA

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dello/a studente/essa _____

nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ Indirizzo di studio (**selezionare la voce interessata**)

LICEO Scientifico LICEO Scienze Umane LICEO Linguistico

ITIS Elettronica ed Elettrotecnica ITIS Aeronautico

IPCT Servizi Commerciali IPCT Enogastronomia

Ultimo giorno di frequenza a scuola _____

Recapito telefonico genitore _____

COMUNICA

che il proprio /a figlio/a si trova nella seguente condizione:

- vaccinato** con ciclo vaccinale primario da meno di 120 giorni
- guarito** da meno di 120 giorni o dopo il ciclo vaccinale primario
- vaccinato** con dose di richiamo

- Possesso di valida certificazione di esenzione dalla vaccinazione rilasciata da soggetti autorizzati**

- Non vaccinato**

Vista la presente comunicazione si chiede l'attivazione della DAD, qualora si accertino i requisiti contemplati dalla normativa vigente.

ALLEGA COPIA:

- ESITO TAMPONE - COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE
- Provvedimento sanitario USCA - COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE
- ALTRA CERTIFICAZIONE (Indicare la tipologia)

Firma del genitore