

**Al Dirigente Scolastico**  
**del Liceo Scientifico**  
**“Vitruvio Pollione” di Avezzano (AQ)**

**OGGETTO:** Dichiarazione presa visione atto del Patto di corresponsabilità - Regolamento di Istituto in ambito Covid., Informativa Privacy ,Regolamento DAD/DDI, DVR- Covid- pubblicati sul sito, sezione Regolamenti, sezione Privacy e sezione Sicurezza

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*cognome e nome del padre/tutore legale*

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*cognome e nome della madre/tutore legale*

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.s. \_\_\_\_\_ alla Scuola Secondaria di II grado “Liceo Scientifico di Avezzano”

nella classe ----- sez. \_\_\_\_\_ indirizzo di studi \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di aver letto e preso atto del Patto di corresponsabilità - protocollo DVR Covid - Regolamento di Istituto in ambito Covid, nonché di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative della scuola e di condividere ed accettare quanto nei documenti disposti, in un'ottica di cooperazione e collaborazione.

I sottoscritti, quali responsabili genitoriali e/o tutori dell'alunno, sono consapevoli delle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di violazione di quanto predisposto in ambito Covid.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Si allegano copie dei documenti di identità di entrambi i genitori/tutori

