



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



(rif. Circ. 204 - all. 1 a)

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico "L.B. Alberti"
di Cagliari

da inviare via mail a: covid@liceoalberti.it

Comunicazione di positività al Covid-19 alunni minorenni

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell'alunno (se minorenne)

Cognome _____ Nome _____ che

frequenta la

Classe ____ Sez _____ dell'Indirizzo (Linguistico, Scientifico tradizionale, Scientifico delle Scienze Applicate) _____

COMUNICA CHE

In data _____ mia/o figlia/o si è sottoposta/o al tampone molecolare/antigenico con esito **POSITIVO** e che l'ultimo giorno di frequenza a scuola di mia/o figlia/o è stato il

Richiesta DAD _____ (si/no) dal _____

- Si allega esito tampone

Data _____

Firma del genitore/tutore



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



(rif. Circ. 204 - all. 1 b)

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico "Alberti"
di Cagliari

da inviare via mail a: covid@liceoalberti.it

Comunicazione di positività al Covid-19 alunni maggiorenni

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ che frequenta
la Classe ____ Sez _____ dell'Indirizzo (Linguistico, Scientifico tradizionale, Scientifico delle
Scienze Applicate) _____

COMUNICA CHE

In data _____ si è sottoposta/o al tampone molecolare/antigenico con **esito**

POSITIVO

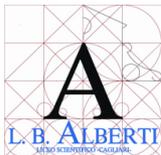
e che l'ultimo giorno di frequenza a scuola è stato il _____

Richiesta DAD _____ (si/no) dal _____

- Si allega esito tampone

Data _____

Firma dell'alunna/o maggiorenne



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



(rif. Circ. 204 - all. 2 a)

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico "L.B. Alberti"
di Cagliari

da inviare via mail a: covid@liceoalberti.it

Comunicazione di quarantena per contatto stretto al Covid 19 - alunni minorenni

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell'alunna/a

Cognome _____ Nome _____ che

frequenta la Classe _____ Sez _____

dell'Indirizzo _____ (Linguistico, Scientifico, Scienze Applicate)

COMUNICA CHE

La/il propria/o figlia/o è attualmente in quarantena per n. _____ giorni, in seguito a contatto stretto con soggetto positivo al Sars-Cov-2.

La quarantena terminerà in data: _____

Dichiara:

- che il soggetto positivo è un familiare convivente _____
(genitore, fratello, sorella, altro)
- che il soggetto positivo NON è un familiare convivente
- Allega certificazione del medico attestante la quarantena

CHIEDE

l'attivazione della DAD dal giorno _____

Data _____

Firma del genitore/tutore



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



(rif. Circ. 204 - all. 2 b)

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico "Alberti"
di Cagliari

da inviare via mail a: covid@liceoalberti.it

Comunicazione di quarantena per contatto stretto al Covid 19 - alunni maggiorenni

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ che frequenta

la Classe _____ Sez _____

dell'Indirizzo _____ (Linguistico, Scientifico, Scientifico, Scienze Applicate)

COMUNICA CHE

Si trova attualmente in quarantena per n. _____ giorni, in seguito a contatto stretto con
soggetto positivo al Sars-Cov-2.

La quarantena terminerà in data: _____

Dichiara:

- che il soggetto positivo è un familiare convivente _____
(genitore, fratello, sorella, altro)
- che il soggetto positivo NON è un familiare convivente
- Allega certificazione del medico attestante la quarantena

CHIEDE

l'attivazione della DAD dal giorno _____

Data _____

Firma dell'alunna/o maggiorenne
