

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE
INFERIORE O UGUALE A 3 O 5 GIORNI
(Art.47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il sottoscritto

nato il a(prov.).....

residente a (.....)

via n°

Recapiti tel.

In qualità di genitore/tutore del minore:

..... studente di questo istituto della classe

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal minore e che ha valutato che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID -19 (temperatura corporea al di sopra di 37,5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, ecc.)

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma

La dichiarazione sottoscritta dall'interessato va inviata all'indirizzo email rmic8dn00d@istruzione.it e il cartaceo consegnato al docente di riferimento dall'alunno il giorno del rientro.