

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo ANDRANO**

OGGETTO : Autocertificazione per il rientro a scuola per assenza causata da motivi di famiglia - Autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____, n. _____ tel. _____,
in qualità di genitore/tutore legale dell'alunno/a _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ plesso _____,

- assente da scuola per n. _____ giorni, dal _____ al _____ oppure
- uscito anticipatamente da scuola il giorno _____ poiché riferiva i seguenti sintomi:

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di aver preso visione del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19 (Infanzia e Primaria/Secondaria);
- di essere informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;

DICHIARA ALTRESÌ (spuntare la voce interessata)

- ☐ **CHE IL/LA PROPRIO FIGLIO/A È STATO/A ASSENTE PER MOTIVI FAMILIARI**
- ☐ che durante il suddetto periodo di assenza il proprio figlio non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali;
- ☐ che il/la proprio/a figlio/a per quanto a propria conoscenza, non è stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni.
- ☐ **Altro** _____

☐ **CHE È STATO ASSENTE PER MOTIVI DI SALUTE NON SUPERIORE A 3 GIORNI INFANZIA E NON SUPERIORE A 5 GIORNI PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

- ☐ di aver effettuato visita specialistica, controllo medico, ecc;
- ☐ di aver contattato il Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale e averne seguito scrupolosamente le indicazioni terapeutiche, anche relativamente al rientro a scuola.

☐ Altro

☐ **CHE È STATO ASSENTE PER MOTIVI DI SALUTE PER PIÙ DI 3 GIORNI INFANZIA E PER PIÙ DI 5 GIORNI PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO (allegare certificato medico)**

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su se stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale". I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decretolegge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Andrano, _____

Firma del genitore o tutore legale _____

Visto per la riammissione a scuola _____