

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
(da compilare in caso di assenza per malattia inferiore a 5 giorni)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____

in qualità di genitore

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____
FREQUENTANTE la Classe _____ dell'IIS Leonardo da Vinci di San Giovanni in Fiore
Assente dal _____ al _____ n. di giorni _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

In caso di assenza temporanea e breve da scuola:

- Di avere sentito il Medico di Medicina Generale, Dott./ssa:
(cognome e nome in stampatello) _____
il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo/la studente/ssa al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.
- Di non essere a conoscenza d'avere avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio, negli ultimi 14 giorni
- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute

Chiede pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.