 *Ministero dell’Istruzione*

Istituto Comprensivo “Arturo Toscanini”

Via Amburgo, 5 - 04011 Aprilia 0692731641 - Fax 0692854970 Cod.fisc. 91017040592 - Cod.mecc. LTIC84400E

[LTIC84400E@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:ltic84400e@pec.istruzione.it) [LTIC84400E@ISTRUZIONE.IT](mailto:ltic84400e@istruzione.it) sito web:www.ictoscaniniaprilia.edu.it

|  |
| --- |
| Allegato 3 per Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni  ( Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) |

Io sottoscritto/a­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore del minore:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**studente di questo istituto**

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

DICHIARO

* Che il pediatra /medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e ha valutato che il caso non rientra nel percorso COVID nè necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non necessita 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, nè 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,etc.)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il **trattamento dei** **dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell’articolo 9 paragrafo 2 lettera i del regolamento UE 2016/679.

I 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 ( Decreto – legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il dichiarante (firma leggibile)

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

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all’ufficio competente a mezzo posta ettronica certificata oppure via fax, tramite un incaricato, oppure posta ordinaria raccomandata.