



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio



ISTITUTO COMPRENSIVO MONTECELIO

Via Cianti, 4 – 00012 Montecelio (RM) – Tel/Fax 0774 510126

Cod. Mecc. RMIC8G400D – Cod. Fisc. 94032540588

rmic8G400D@istruzione.it – rmic8G400D@pec.istruzione.it – <http://www.icmontecelio.it>

Comunicazione n.34
Montecelio, 14/10/2020

Ai genitori degli alunni

dell'I.C. Montecelio

Ai docenti

Oggetto: giustificazione giorni di assenza

Si comunica che per i giorni di assenza **inferiori** a 3 (Scuola Infanzia) e inferiori a 5 (Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado) **andrà consegnato alla docente di classe** il modulo allegato opportunamente compilato.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Eusebio CICCOTTI
(Firma autografa omessa ai sensi
dell'Art. 3 D.LGS. n. 39/93)

Allegato 3 Modulo per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiori o uguale a 3 o 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino**
- Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____**
previo
 - consulto telefonico**
 - visita medica****ha stabilito 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 riferibili a COVID - 19**

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

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)