

Autocertificazione in caso di assenza per malattie inferiore o uguale a 5 giorni

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

Al Coordinatore delle attività didattiche ed educative

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a _____ (_____
Via _____ n° _____
Recapiti: ☎ _____) _____

in qualità di genitore/tutore del minore:

_____, frequentante la classe _____
sezione _____ di questo Istituto, rimasto assente/allontanato dalla scuola dal _____ al _____

DICHIARO

- che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____, informato della sintomatologia presentata dal bambino, mediante
 - consulto telefonico
 - visita medicaha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 5 e conseguentemente non è necessaria alcuna certificazione medica per il rientro a scuola
- di aver concluso i giorni di quarantena prescritta e di non aver mai presentato in questo periodo sintomi riferibili al Covid-19

COMUNQUE che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili al Covid-19

Il/la sottoscritto/a, consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del Covid-19 per la tutela della salute della collettività, **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** 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)