Al Dirigente Scolastico

IC SAN FRANCESCO DI PAOLA

SEDE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 46 DPR 445 del 28 dicembre 2000)**

Da rendere al gestore di pubblico ufficio (MMG/PLS) e da allegare alla certificazione di riammissione presso le istituzioni scolastiche

Ai sensi dell’art. 3 della LR 13/2019

Il/la sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Codice fiscale |  |
| Residente in |  |
| Città |  |
| Provincia di |  |

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Codice fiscale |  |

⃝ che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi \_\_\_\_giorni) non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID 19, ai sensi delle linee guida dell’IIS allegate al DPCM 07.09.2020:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Febbre ≥ 37.5(o sensazione di febbre | brividi | tosse |
| Dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso) | Anosmia (non sente gli odori) | Ageusia (non sente i sapori) |
| inappetenza | Mal di testa | Sintomi gastrointestinali(mal di pancia, diarrea, vomito) |
| Dolori muscolari | Malessere generale | Faringite (mal di gola) |
| Rinorrea o intasamento nasale | congiuntivite |  |

⃝ Che lo stesso non ha manifestato, durante l’intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra indicati.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui al DLVO 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Il dichiarante

*Ai sensi dell’art.38 DPR 445/2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.*