



Ministero dell'Istruzione
I.C. "GIOVANNI XXIII"

AUTOCERTIFICAZIONE

in caso di assenze per malattia inferiore o uguale a 3 o 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

da inoltrare via e-mail al seguente indirizzo:

INFANZIA: salute.infanzia@scuolagiovanniventitreesimo.edu.it

PRIMARIA: salute.primaria@scuolagiovanniventitreesimo.edu.it

SECONDARIA DI PRIMO GRADO: salute.secondaria@scuolagiovanniventitreesimo.edu.it

Io sottoscritto/a
Nato/a il/...../.....
Residente a (.....)
Via n°
Recapiti
In qualità di genitore/tutore di Classe
Sez. Plesso
Scuola: Infanzia Primaria Secondaria di Primo Grado

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).

Li _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)

