



ISTITUTO COMPRESIVO ARMANDO SFORZI  
VIA DELLE SEZIONI 235  
PIANO DI CONCA – MASSAROSA  
C.F. 82012150460

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (per motivi di salute No- Covid)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_. In qualità di genitore  
o tutore di \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

**DICHIARA**

- o Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata da mio figlio
- o Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa \_\_\_\_\_

previo

o consulto telefonico

o visita medica

non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa ] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale, né necessita di giorni di malattia superiori a 5 gg (3 gg per le scuole dell'infanzia) e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica;

- o 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

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica..

*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

-----