

	<b>MINISTERO DELL' ISTRUZIONE</b> <b>UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO</b> <b>Istituto Omnicomprensivo Castelforte - Minturno</b>	
<b>ISTITUTO OMNICOMPRESIVO CASTELFORTE</b> LTIC825005 <a href="http://www.istitutoomnicomprensivocastelforte.it">www.istitutoomnicomprensivocastelforte.it</a>		<b>LICEO SCIENTIFICO "L.B. ALBERTI" MINTURNO</b> LTPS030006@istruzione.it <a href="http://www.liceoalbertiminturno.it">www.liceoalbertiminturno.it</a> ltps030006@istruzione.it
<b>Sede legale:</b> via A.Fusco snc 04021 Castelforte(LT) – ☎ 0771/608014 fax 0771609788 ✉ ltic825005@istruzione.it <a href="http://www.omnicomprensivocastelforte-albertiminturno.it">www.omnicomprensivocastelforte-albertiminturno.it</a> Posta certificata: ltic825005@pec.istruzione.it		
<b>Sede amministrativa:</b> via Santa Reparata, 19 - 04026 Minturno(LT) ☎ 0771/680620 fax 0771681791		
<b>Codice istituto LTIC825005 - Codice fiscale : 90027950592</b>		
<b>IBAN: IT56H0529673973T20990000132 – c/c postale 51047025 – codice univoco UFVPDL</b>		

## MODELLO autocertificazione in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 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 dall'alunni**
- 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 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).*

**Minturno,** \_\_\_\_\_

**Il dichiarante** \_\_\_\_\_