



## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 PER L'ASSENZA ALLE ATTIVITA' SCOLASTICHE/EDUCATIVE

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

### DEL MINORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di aver contatto il proprio Pediatra il quale riferisce che non necessita di certificato medico per il rientro a scuola

### DICHIARA ALTRESI'

Che il suddetto minore NON MANIFESTA nessuno dei sintomi sotto riportati

- ✓ SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- ✓ DISSENTERIA
- ✓ CONGIUNTIVITE
- ✓ FORTE MAL DI TESTA
- ✓ ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- ✓ AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- ✓ DOLORI MUSCOLARI
- ✓ DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- ✓ FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$

In fede

Data .....

.....  
(Firma del genitore dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.