



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.