



MINISTERO ISTRUZIONE

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto d'Istruzione Superiore "Margherita HACK "
Largo Giovanni Paolo II, 1 – 00067 Morlupo (RM)
Cod. Mec. RMIS093003 - Cod. Fisc. 97197630581
Tel. 06/121125685 - Fax 06/9071935 - Distr. 31

Sede legale : Liceo Scientifico "Giuseppe Piazzi" Morlupo (RM) Cod. Mec. RMPS09301D
Sez. associata: I.T.C.G. "P.L. Nervi" Rignano Flaminio (RM) Cod. Mec. RMTD093019
Sez. associata: I.P.S.C.T. "P.L. Nervi" Rignano Flaminio (RM) Cod. Mec. RMRC093012
Sez. associata: I.T.C.G. "P.L. Nervi" serale Rignano Flaminio (RM) Cod. Mec. RMTD09351P

E-mail: rmis093003@istruzione.it
PEC: rmis093003@pec.istruzione.it
Sito web: www.iismargheritahack.edu.it
Cod. Univoco: UF5LDS

Morlupo, 16.10.2020

A tutto il Personale Scolastico
Alle Famiglie
Al DSGA

Sito web d'Istituto

COMUNICAZIONE n. 36

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di assenze per malattie inferiori o uguale a 3 o 5 giorni (Art. 47 D.P.R. del 28.10.2000).

Si comunica quanto stabilito dalla Nota congiunta USR Lazio – Regione Lazio prot. n. 29319 del 6.10.2020 da produrre all'Istituzione scolastica nei casi contemplati nella nota.

Si allega dichiarazione.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Gaetana Iacobone

Firma autografa omessa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2,
D. Lgs. n. 39/1993 Registro

**Allegato 3 - FAC SIMILE per Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni
(Art. 47 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*

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha valutato 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 simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, Il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I 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

_____ (firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente a mezzo posta elettronica certificata oppure via fax, tramite un incaricato, oppure posta ordinaria raccomandata.