

AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

_____, nato/a _____ il _____,

frequentante la classe _____ della scuola _____

DICHIARO CHE (barrare la casella corrispondente)

- Il minore è stato assente, come preavvisato tramite mail all'indirizzo vtic81000l@istruzione.it, dal _____ al _____ per motivi diversi da malattia e **programmati (es viaggi)**. Il minore non ha presentato durante l'assenza sintomi riferibili a Covid 19, quali:

- | | |
|---|--------------------------|
| - Febbre | - Tosse e/o espettorato |
| - Stanchezza e/o crampi muscolari | - Difficoltà a respirare |
| - Difficoltà a percepire sapori e odori | - Mal di testa |
| - Congiuntivite e/o congestione nasale | - Vomito e/o diarrea |

Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti ha soggiornato o è transitato in zone considerate a rischio (DPCM 7 settembre 2020, All.C)

- Il minore è stato assente dal _____ al _____, per motivi improvvisi e non preventivati diversi da malattia, di cui la scuola è stata immediatamente avvisata tramite mail. Il minore non ha presentato durante l'assenza sintomi riferibili a Covid 19, quali:

- | | |
|---|--------------------------|
| - Febbre | - Tosse e/o espettorato |
| - Stanchezza e/o crampi muscolari | - Difficoltà a respirare |
| - Difficoltà a percepire sapori e odori | - Mal di testa |
| - Congiuntivite e/o congestione nasale | - Vomito e/o diarrea |

Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti ha soggiornato o è transitato in zone considerate a rischio (DPCM 7 settembre 2020, All.C).

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).

Ronciglione _____

Firma del genitore (o del titolare della responsabilità genitoriale)