**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

**AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MALATTIA**

Alunno/a : ………………………………………………………………

classe/sezione : ………………………………………………………………

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………… genitore dell’alunno/a sopra indicato/a, consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per ………………………………………… dal …………… al …………… per un totale di giorni ……………..
* che sono state osservate tutte le prescrizioni del medico / pediatra curante e che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la frequenza della scuola poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività. In particolare dichiara che il proprio figlio:
	+ è in stato di buona salute e non presenta sintomi influenzali o parainfluenzali
	+ non è stato sottoposto alla misura della quarantena e non è attualmente positivo al COVID-19

…………………………., …………………………

Firma …………………………………………………………………

Privacy

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell’art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell’implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell’art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020.

(da consegnare ai docenti di sezione/classe il mattino del giorno del rientro)