

MODULO PER AUTODICHIARAZIONE NO COVID-19

AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (_____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ e-mail _____

in qualità di GENITORE/TUTORE _____ DEL MINORE:

COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

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 Che il figlio/a è stato assente il/i giorno/i _____

per il seguente motivo NON RICONDUCIBILE A SINTOMATOLOGIA DA COVID-19 :

In caso di motivi di salute con sintomi non riconducibili a COVID-19

DICHIARA

di aver consultato il Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale per il rientro a scuola.

In fede

Data _____ (*)

(Firma del dichiarante)

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

"Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver compilato il presente modulo in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".