

Via Petrarca, 19 – 33100 – Udine

TEL 0432-1276212

mail: [udic842006@istruzione.it](mailto:udic842006@istruzione.it) [udic842006@pec.istruzione.it](mailto:udic842006@pec.istruzione.it)

Codice meccanografico – UDIC842006

Codice fiscale 94127280306

Codice univoco fatturazione UFK51D

**Rientro alunno successivamente ad assenza per malattia**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) padre/madre/tutore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 del plesso di scuola

* Secondaria di I° gr. Valussi
* Primaria “Garzoni Ronchi
* Primaria “Garzoni Montessori
* Primaria “Pellico
* Primaria Zorutti

Ovvero

frequentante la sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  del plesso di scuola  dell’infanzia

* Agazzi
* Laipacco
* Pick

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.), sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all’epidemia COVID-19 di cui al relativo Regolamento pubblicato nel sito dell’Istituto Comprensivo 2 Udine
* che il proprio figlio è stato assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (totale di giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* di aver contattato il Pediatra di riferimento/il Medico curante, Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la valutazione clinica (triage telefonico) del caso, come indicato nel Rapporto ISS Covid n. 58 del 21.08.2020 che il Pediatra di riferimento/medico curante non ha riscontrato patologie da Covid-19.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all’interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell’emergenza da COVID-19.

* Consento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_