

**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 _____ it _____ / _____ / _____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: _____) _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente /studentessa*

di questo istituto

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o use 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 dallo/a studente/studentessa e che ha valutato che il caso non rientra nel percorso COVID ne 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, nè 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 cui sono 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).

Data

Il dichiarante

_____ (firma leggibile)