



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. "EDUARDO DE FILIPPO – VILLANOVA”

Cod. mecc. – RMIC8DU00N - C.F. 86006630585

Via Q. Sella s.n.c –00012 Villanova di Guidonia (Rm) Tel./Fax 0774/528746

mail: rmic8du00n@istruzione.gov.it pec: rmic8du00n@pec.istruzione.it sito web: www.icdefilippovillanova.edu.it

AI GENITORI DEGLI ALUNNI DELL'ISTITUTO

OGGETTO: GIUSTIFICAZIONE GIORNI DI ASSENZA

Si comunica che le assenze degli alunni vanno giustificate sul registro elettronico e, considerata l'emergenza covid:

- Per i giorni di assenza inferiori a 3 (scuola infanzia) e a 5 (scuola primaria e secondaria di I grado) andrà consegnato al docente di classe il modulo allegato opportunamente compilato;
- Per i giorni di assenza superiori a 3 e 5, secondo l'ordine di scuola di appartenenza, dovrà essere prodotto certificato medico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Maria Rosaria Adele CIACCIA

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c.2. D.Lgs n. 39/93*

Allegato 3 - FAC SIMILE per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a _____ (_____)
Via _____ n° _____
Recapiti: ☎ _____) _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino

**Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____
previo**

- consulto telefonico
- visita medica

ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né 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, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

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).

Li _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)