

**All. 1 Autocertificazioni per MINORENNI in caso di assenze per malattie inferiori o uguale a 5 giorni**

**NO COVID e/ o allontanamento**  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**In qualità di genitori/tutore del minore:**

\_\_\_\_\_, *studente/studentessa del CPIA 6*

*Corso* \_\_\_\_\_ *sede di* \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

- Che il medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal minore**
- Che il medico di medicina generale 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 ( temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, raffreddore, mal di gola, diarrea, perdita o diminuzione del gusto o dell'olfatto ecc.)**
- che il proprio figlio/a non ha avuto temperatura superiore ai 37, 5 nei tre giorni antecedenti alla data odierna.**

***I sottoscritti come sopra identificato attestano 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 ***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).

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma leggibile)

\_\_\_\_\_ (firma leggibile)

**Da compilare in caso di firma di un solo genitore**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si DICHIARA consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/riciesta 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.

Data \_\_\_\_\_ (firma leggibile)