



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 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 _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso 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 dal bambino e che ha valutato 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 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 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 _____

Il dichiarante

_____ (firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente a mezzo posta elettronica certificata oppure via fax, tramite un incaricato, oppure posta ordinaria raccomandata.