



Ministero dell'Istruzione  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

## Istituto Comprensivo "W. A. Mozart"

Viale di Castel Porziano, 516 - 00124 ROMA

Tel. 0650914612 fax 0650938315 - C.F. 97067970588 - Codice Univoco: UFW0UV

Codice Meccanografico: RMIC85100R - Distretto 21 - Ambito X

PEO: [rmic85100r@istruzione.it](mailto:rmic85100r@istruzione.it) - PEC: [rmic85100r@pec.istruzione.it](mailto:rmic85100r@pec.istruzione.it)

Sito web: <https://www.scuolamozart.edu.it>

### Autocertificazione 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).*

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_ (firma leggibile)