



**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - MONTELIBRETTI**

RMIC8AW00A - P.zza della Repubblica 21 - 00010 Montelibretti
☎ 0774/608018 fax 0774/609616 ✉ rmic8aw00a@istruzione.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. MONTELIBRETTI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' IN CASO DI ASSENZE
INFERIORI O UGUALI A 3 (INFANZIA) E 5 (PRIMARIA E MEDIE) GIORNI**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente in
_____, via _____

in qualità di genitore/tutore dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. ____ Plesso _____

**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 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 a scuola 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 riconducibili al COVID -19 (temperatura corporea al d sopra di 47.5° C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alternazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, ecc)

Montelibretti, _____

FIRMA _____
(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

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 e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente a mezzo di posta elettronica oppure tramite fax, tramite incaricato o ancora posta ordinaria raccomandata.