



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
“Enea”**

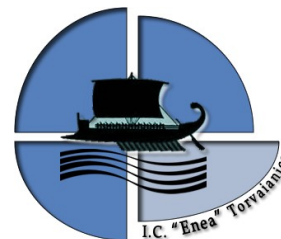
Viale Danimarca, 163 – 00071 Pomezia (RM)

Tel. e Fax 06/9158804

e-mail: RMIC8GZ00L@istruzione.it

RMIC8GZ00L@pec.istruzione.it

sito web: www.ic-enea.gov.it



Codice meccanografico: RMIC8GZ00L

Codice Fiscale 97712990585

Prot. n.3866
Circ. n.51

Pomezia, 07/10/2020

Alle famiglie degli alunni
A tutto il personale

Oggetto: certificazioni mediche – aggiornamento.

Si comunica che, come da nota Regione Lazio-USR Lazio del 06/10/2020, in caso di rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non riconducibili a sospetto Covid-19, nei limiti di giorni previsti, i genitori devono compilare un'autodichiarazione come da Allegato 3 della nota.

Tale autocertificazione è posta **in calce** alla presente.
Si ringrazia per la collaborazione.

La Dirigente Scolastica
prof.ssa Stefania Pipino
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 co. 2, D.lgs n. 39/1993)

Allegato 3 - Autocertificazione in caso di assenza per malattia 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 di libera scelta/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata da mio/a figlio/a;
- che il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____
previo
 - consulto telefonico
 - visita medicaha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e che, 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)