

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

***LEONE TOLSTOJ***

# Scuola Primaria – Scuola Secondaria I grado

Via Zuara 7/9 20146 Milano

Tel: 02 88444459

 Codice Fiscale: 80124370158 - Codice Univoco Fatturazione Elettronica: UFXGDT

E-mail: miic8da00n@istruzione.it PEC: miic8da00n@pec.istruzione.it

Sito: [www.icstolstoj.edu.it](http://www.icstolstoj.edu.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a.......................................................................................................................

genitore / tutore dell’alunno …………………………………………………………………..

frequentante la classe/sezione …………………………. della Scuola …………………………

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 445/2000)\*

anche in consapevolezza della responsabilità collettiva di ridurre al massimo i rischi di contagio da Covid-19, che l’alunno/a si è assentato/a dal giorno al

giorno per il seguente motivo:

 🞎 ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

dichiara che l’assenza è dovuta a:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 🞎ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI

dichiara di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.

🞎ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - *in base alla valutazione del Pediatra di libera scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) N* *ON LEGATA a* *sintomatologia riconducibile a COVID-19*. Dichiara che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito di contatto con il PLS/MMG, lo stesso non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ha fornito indicazione circa la data di ripresa delle attività scolastiche.

 🞎ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Li4bera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) L EGATA a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19. Allego attestazione medica attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico.

 🞎 TERMINE NATURALE QUARANTENA COVID-19 – a seguito di comunicazione di collocamento fiduciario in quarantena, trascorsi 14 giorni senza alcun sintomo riconducibile a Covid-19, sentito il MMG o il PLS che non fornito altre indicazioni.

CHIEDE

quindi la riammissione alla frequenza scolastica.

Luogo e data,

Firma del genitore / tutore

**\*Articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445**

**Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà**

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.
2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.
3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.