



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Direzione Generale - Ufficio III
Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma
Indirizzo PEC: drla@postacert.istruzione.it - E-MAIL: paola.mirti@posta.istruzione.it
C.F. 97248840585

- Ai Dirigenti scolastici
delle Istituzioni scolastiche statali
di ogni ordine e grado del Lazio
- Ai Dirigenti scolastici
dei CPIA del Lazio
- Ai Coordinatori delle Istituzioni
scolastiche paritarie di ogni ordine
e grado del Lazio
- e p.c.
- Ai Dirigenti degli Ambiti territoriali

Oggetto: Nota congiunta USR Lazio – Regione Lazio prot. n. 29319 del 6.10.2020: trasmissione allegato 3 modificato.

Si trasmette l'allegato 3 alla nota in oggetto semplificato e modificato per la parte riguardante la normativa di riferimento dalla Regione Lazio.

IL DIRIGENTE
Michela Corsi

(irma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell' art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

Allegati:

- Allegato 3 alla nota URS lazio-regione Lazio prot. n. 29319 del 6.10.2020.

**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).

Li _____ 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.