

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DA RENDERE AL GESTORE DI PUBBLICO UFFICIO (MMG/PLS) E DA ALLEGARE ALLA  
CERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE PRESSO LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE**  
(AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L.R. N. 13 DEL 19.07.2019)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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,

**DICHIARA**

nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

- ☐ che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi \_\_\_\_\_ giorni), non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID – 19, ai sensi delle Linee guida dell'ISS allegate al DPCM 07.09.2020:

|                                                                |                                      |                                                               |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| febbre $\geq 37.5$<br>(o sensazione di febbre)                 | brividi                              | tosse                                                         |
| dispnea<br>(difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso) | anosmia<br>(non sente gli odori)     | ageusia<br>(non sente i sapori)                               |
| inappetenza                                                    | mal di testa                         | sintomi gastrointestinali<br>(mal di pancia, diarrea, vomito) |
| anoressia<br>(mancanza di appetito)                            | astenia<br>(ridotta forza muscolare) | stanchezza                                                    |
| dolori muscolari                                               | malessere generale                   | faringite (mal di gola)                                       |
| rinorrea o intasamento nasale                                  | congiuntivite                        | _____                                                         |

- ☐ che lo stesso non ha manifestato, durante l'intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra elencati.

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.

Nel caso in cui l'alunno abbia maturato la maggiore età, la presente dichiarazione potrà essere sottoscritta dallo stesso.