



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ELSA MORANTE"
C.M.RMIC805003 C.F. 97198000586 C.U. UF1X4R
Via A. Volta, 41- sede provvisoria Via Zabaglia 27/a -00153 ROMA - 065740751
rmic805003@istruzione.it rmic805003@PEC.istruzione.it sito: www.icelsamorante.edu.it

Circolare n. 31

**A tutti docenti
Alle famiglie
A tutto il Personale ATA
Ai referenti docenti Covid
dell'Istituto**

**Oggetto: autocertificazione per rientro a scuola- circolare congiunta USR Regione Lazio
emergenza Covid-19**

Si trasmette all'attenzione di tutti i destinatari il modello di autocertificazione predisposto dalla Regione Lazio/USR Lazio/ ASL, con nota prot. 0029328 del 06/10/2020, R.U. 29319 del 06/10/2020, circa il rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non sospettati per Covid-19.

Si precisa che l'autocertificazione, allegata alla presente, viene acquisita dall'I.C. " Elsa Morante" come allegato 4 alla modulistica già in essere.

Roma, 06/10/2020

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Gerardina Fasano**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell'art. 3 comma 2 D. Lgs. n.39 del 1993

Allegato 4 - Copia per la Famiglia

da consegnare alla Famiglia

**Allegato 4 - autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiori 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/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino
- Che il pediatra/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 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).

Li _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)