|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A:\Logo.gifemblemahd | | |
| ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO | | |
| “BERNARDO PASQUINI” | | |
| ITALY |  | europa |
| VIA TOSCANINI, 4 – 51010 MASSA E COZZILE (PT) | | |
| C.M. PTIC80600D – C.F.: 81003790474 - Tel.e Fax: 0572-770025  E-Mail: [ptic80600d@istruzione.it](mailto:ptic80600d@istruzione.it) - PEC: [ptic80600d@pec.istruzione.it](mailto:ptic80600d@pec.istruzione.it) - Web: [www.istitutopasquini.edu.it](http://www.istitutopasquini.edu.it) | | |

Modello a – Dichiarazione del genitore o del tutore legale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore/ tutore legale di ,

iscritt\_\_ alla classe \_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che durante il periodo di DDI dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nell’alunno/a

 non si sono manifestati sintomi di malattia

 non si sono manifestati sintomi compatibili con COVID-19 come elencati nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 e di seguito riportati.

 si sono manifestati sintomi compatibili con COVID-19 ma il rientro in presenza è stato comunque autorizzato dal medico curante.

I sintomi più comuni di COVID-19

• Nei bambini: febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/ congestione nasale;

• Nella popolazione generale: febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell’olfatto(anosmia) o diminuzione dell’olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_