



UNIONE EUROPEA

FONDI
 STRUTTURALI
 EUROPEI

pon
 2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E CARRIERE PER L'APPRENDIMENTO - CSEA



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Dipartimento per la Programmazione
 Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
 scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
 l'istruzione e per l'innovazione digitale
 Ufficio IV



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
 LICEO STATALE CLASSICO – MUSICALE – SCIENZE UMANE
 "CHRIS CAPPELL COLLEGE"

Viale Antium n°5 – 00042 Anzio (Rm) -

☎ 06/121126745-6 – Fax 06/67663925 ✉ rmpe41000c@istruzione.it

Cod. Fiscale 07183021000 – C.M. RMPC41000C

Anzio 21/10/2020

Circolare n° 86

Agli studenti e
 Alla Famiglie
 Ai Docenti
 Al Personale ATA

Oggetto: Giustificazioni assenze inferiori ai cinque giorni non preventivamente comunicate

Si comunica che per le assenze dalle lezioni degli studenti, non preventivamente comunicate ed inferiori ai cinque giorni, è necessario produrre autocertificazione da consegnare al rientro in classe secondo il modello allegato.



Il Dirigente Scolastico
 Dott.ssa Daniela Pittigli

Daniela Pittigli

Allegato 3 - Autocertificazione 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 del Liceo Chris*

Cappell College nella classe _____

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dallo studente
- 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)