

Al Dirigente Scolastico
IC FOLIGNO 5

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ c.f. _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

genitore dell'alunno/a _____

scuola _____ classe/sezione _____

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 46 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, a seguito dei sintomi manifestati dal/dalla proprio/a figlio/a in orario scolastico in data _____ con contestuale riconsegna alla famiglia,

DICHIARA

- di aver contattato il Pediatra di libera Scelta/Medico di Medicina Generale in data _____ ottemperando a quanto previsto dal punto 2.1.1 delle "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia" (Rapporto ISS Covid-19 n. 58/2020 pubblicato il 21/08/2020).

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS-CoV-2.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)