

  M.I.U.R.	UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA LOMBARDIA AMBITO TERRITORIALE MILANO ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO GINO CAPPONI VIA PESTALOZZI, 13 – MILANO e-mail: miic8cy00p@istruzione.it pec: miic8cy00p@pec.istruzione.it Cod. Mecc. MIIC8CY00P – C.F. 80152350155	 UNIONE EUROPEA  
---	--	--

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Capponi

Via Pestalozzi, 13

DICHIARAZIONE PERSONALE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov (____) Data di nascita _____

in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

’ Primaria ’ Secondaria di 1° grado

plesso Capponi Moro Gramsci Gemelli

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che l'assenza dell'alunno dei giorni dal _____ al _____

’ **È STATA DETERMINATA DA MALATTIA** per la quale il pediatra/medico di medicina generale

Dott. _____ **HA RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto dalla normativa nazionale regionale.

’ **È STATA DETERMINATA DA MALATTIA** per la quale sentito il pediatra/medico di medicina generale

Dott. _____ **NON SI È RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19.

Luogo e data _____ Firma leggibile _____