|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***M.I.U.R.Picture 3*** | **UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA LOMBARDIA**  **Ambito Territoriale Milano**  **ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO GINO CAPPONI**  **Via PESTALOZZI, 13 – milano**  e-mail: [miic8cy00p@istruzione.it](mailto:miic8cy00p@istruzione.it)  pec: [miic8cy00p@pec.istruzione.it](mailto:miic8cy00p@pec.istruzione.it)  Cod. Mecc. MIIC8CY00P – C.F. 80152350155 | **UNIONE**  **EUROPEA**  **Picture 2** |

*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_