



Scuola dell'Infanzia Paritaria  
"Don Giuseppe Fracasso"  
Via don Giuseppe Fracasso, n° 16  
Lugagnano di Sona (VR) tel. 045-514101

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000  
AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MALATTIA**

Alunno/a : .....

classe/sezione : .....

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a sopra indicato/a, consapevole della responsabilità penale e degli  
effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per .....  
dal ..... al ..... per un totale di giorni .....
- che sono state osservate tutte le prescrizioni del medico / pediatra curante dott.  
.....

e che il/la proprio/a figlio/a può riprendere la frequenza della scuola poiché non  
sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività. In particolare  
dichiara che il proprio figlio:

- è in stato di buona salute e non presenta sintomi influenzali o parainfluenzali
- non è stato sottoposto alla misura della quarantena e non è stato prescritto il  
test diagnostico per condizioni cliniche sospette per Covid-19

.....

Firma .....

**Privacy**

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020.