- <u>Per i casi in cui non è previsto il rilascio della certificazione medica</u> -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(art. n. 47 del D.P.R. del 28.12.2000, N. 445)

I SOTTOSCRITTI:

NOME _____ COGNOME_____C.F._____

NOME _____ COGNOME_____C.F._____

(GENITORI E/O TUTORI) DELL'ALUNNO/A_____

NATO/A IL _____ A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZIONE_____ NEL CORRENTE ANNO SCOLASTICO _____

DELL'"ISTITUTO COMPRENSIVO EMPOLI OVEST", IN CONFORMITA' ALLE INDICAZIONI OPERATIVE PER L'AVVIO DELLE ATTIVITA' SCOLASTICHE E DEI SERVIZI EDUCATIVI 0-6 DELLA REGIONE TOSCANA DEL 15 SETTEMBRE 2020,

DICHIARANO

CHE, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE dall' art. n.76 del medesimo D.P.R. 445/2000 PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI IVI INDICATE, PER PERMETTERE AL PROPRIO FIGLIO/A DI RIENTRARE A SCUOLA**:**

– **DURANTE L'ASSENZA, <u>SENTITO IL PARERE DEL PEDIATRA O DEL MEDICO CURANTE</u>, LO STUDENTE NON HA MANIFESTATO SINTOMI COMPATIBILI CON COVID-19 (per i sintomi compatibili con Covid19 RAPPORTO ISS COVID-19 n.58/2020 DEL 28/08/2020)**.

EMPOLI,_____

(Firma leggibile) _____

(Firma leggibile) _____