**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Leonardo Da Vinci di Cologno Monzese

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 sentito il pediatra/medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NON SI È RITENUTO di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19.
* QUARANTENA di 14 giorni per contatto stretto con caso covid senza effettuazione di tampone.

Luogo e data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_