

# LO.VI.S.S. FORMAZIONE SRL

SEDE LEGALE: VIA G.DA MOGLIANO, 21 – 63900 FERMO - P.I. 02321080448

SEDI OPERATIVE: VIA D.ZEPPELLI, 62 – 63900 FERMO

C.DA SAN RUSTICO, 35 – 63065 RIPATRANSONE AP

Mail: [info@scuoleparitarieloviss.it](mailto:info@scuoleparitarieloviss.it) – [amministrazione@pec.scuoleparitarieloviss.it](mailto:amministrazione@pec.scuoleparitarieloviss.it)  
[www.loviss.it](http://www.loviss.it)

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

in qualità di

ALUNNO ( se maggiorenne)

GENITORE/TUTORE DI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE QUESTO ISTITUTO Classe/Sezione \_\_\_\_\_

Assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

In caso di assenza temporanea e breve da scuola:

- Che l'alunno/a è stato/a assente per motivi non collegati al proprio stato di salute, in alternativa di avere/non aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale, Dott./ssa \_\_\_\_\_ (cognome in stampatello) \_\_\_\_\_ (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa vigente.
- Di non aver avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni;
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio;

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.*