



Ministero dell'Istruzione  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L.Docimo"**  
Viale Italia ,103 - 87040 ROSE (CS)  
Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L  
Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -  
E-Mail: [csic80900L@istruzione.it](mailto:csic80900L@istruzione.it)  
[Pec csic80900L@pec.istruzione.it](mailto:Pec csic80900L@pec.istruzione.it)  
Sito Web: [www.istitutocomprensivorose.edu.it](http://www.istitutocomprensivorose.edu.it)



**Allegato B, rif. Circolare prot. n. ro 441/2022**

**Oggetto:**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'  ALUNNO/A\_  PERSONALE SC.co**  
**IN CASO DI ASSENZA PER SOSPENSIONE ED AUTOSORVEGLIANZA**

[segnare con una X solo la parte interessata]

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_/\_\_/\_\_, identificato, mediante documento  
n° \_\_\_\_\_, rilasciato dall'Ente \_\_\_\_\_, il  
\_\_/\_\_/\_\_, scadenza alla data \_\_/\_\_/\_\_, in qualità di  Padre/ Tutore

Io sottoscritta \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, identificata, mediante documento  
n° \_\_\_\_\_, rilasciato dall'Ente \_\_\_\_\_,  
il \_\_/\_\_/\_\_, scadenza alla data \_\_/\_\_/\_\_, in qualità

Madre/ Tutrice

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Personale scolastico,  Docente,  ATA, in Organico, con Contratto a Tempo  Indeterminato/ Determinato  
 frequentante/  in Servizio, nel/la classe \_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, Ordine Scuola  Infanzia,  Primaria, Secondaria di  I/ II  
grado dell'Istituto in intestazione, plesso/comune \_\_\_\_\_  
nella consapevolezza della Tutela dei Dati Privacy (Dlvo n.ro 196/2003), in virtù della podestà genitoriale/tutoriale ,  
rivestita

**DICHIARO/IAMO**

art. 46 e 47 D.P.R. n.ro 445/2000

consapevole delle Conseguenze, penali e civili, perseguibili dalla Legge, in caso di Attestazioni non veritiere e consapevole dell'importanza del rispetto delle Misure di  
Prevenzione a limitazione dei contagi da Covid-19 per la Tutela della Salute della Collettività

di:

aver Rispettato e Concluso il periodo di Autosorveglianza, previsto, dal D. L. n.ro 4 del 27 gennaio 2022, e/o dal  
Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi, riconducibili all'Infezione da  
Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE Sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);

**PTQSM**

**SI CHIEDE**

LA RIAMMISSIONE  IN SERVIZIO (se Personale scolastico)/  ALLA FREQUENZA SCOLASTICA  
DELL'ALUNNO/A

*Allegasi Copia di Documento Identità, in corso di validità*

Li \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

In fede

*Firma del dichiarante*

Docente/Ata \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutore \_\_\_\_\_

Firma della Madre/Tutrice \_\_\_\_\_

In presenza di una sola Firma, questa si intende resa, in conformità al Principio sul Diritto di Bigenitorialità Modulo  
trattato secondo le Norme di dematerializzazione , nella piena Tutela dei Dati personali

