|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo.bmp | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MASACCIO"**  - ARIC827001 -  Viale Gramsci, 57 - 52027 SAN GIOVANNI VALDARNO (AR)  **Tel.** 0559126120 – **fax.** 0559126131  www.icmasaccio.gov.it  **p.e.o.** [aric827001@istruzione.it](mailto:aric827001@istruzione.it) -  **p.e.c**. [aric827001@pec.istruzione.it](mailto:aric827001@pec.istruzione.it)  **c.f.** 81003770518 | http://www.icmasaccio.gov.it/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/masaccio.png |

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “Masaccio” di San Giovanni Valdarno

**AUTODICHIARAZIONE**

**Ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. N.445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.q. di genitore/esercente la responsabilità genitoriale di (Nome e Cognome dello/astudente/ssa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante per l’a.s. 2020/21 la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_\_ del plesso

* + PRIMARIA DON MILANI
  + PRIMARIA RODARI
  + INFANZIA LA PIRA
  + INFANZIA DON MILANI
  + INFANZIA RODARI
  + SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO “MASACCIO”

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* di essere a conoscenza del Rapporto n.58 dell’ISS del 28/08/2020 e delle Delibere della Regione Toscana n.1226 del 9/9/2020 e n. e n. 1256 del 15/09/20 (allegato A) nella quale si precisano le modalità di auto-certificazione delle assenze degli alunni da scuola;
* che il proprio figlio/a risulta guarito/a da malattia diversa da COVID 19 sollevando l’istituzione scolastica nell’accoglienza del minore;
* che durante l’assenza dal ……. al……. del proprio figlio/a non si sono manifestati sintomi riconducibili a COVID 19.

Firma del genitore/tutore

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

**N.B**. La presente dichiarazione dovrà essere consegnata dallo studente/ssa al docente della prima ora al momento dell’ingresso in aula dell’alunno/a.