

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_  
oppure  
 studente maggiorenne

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Marchi Forti di Pescia/Monsummano Terme, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che l'assenza dei giorni \_\_\_\_\_ è dovuta a:

- a. Motivi personali o familiari  
 b. Malattia: durante l'assenza non si sono manifestati sintomi compatibili con Covid-19 elencati nel Rapporto ISS-COVID-19 n.58/2020  
 c. Malattia: pur in presenza di sintomi Covid-19 compatibili il rientro è stato comunque autorizzato dal medico curante.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del Regolamento EU 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del dichiarante*