

Alla Dirigente Scolastica  
dell'I.C. "Milani" Terracina

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000,

**DICHIARA**

che l'assenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ di giorni \_\_\_\_ è dovuta al seguente motivo:  
[mettere una croce sulla voce interessata]

**MOTIVI DIVERSI DALLA MALATTIA INFERIORE O UGUALI A 3/5 GIORNI**

*Assenza inferiore o uguale a tre giorni per la Scuola dell'Infanzia e a cinque giorni per la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria.*

**Giustifica su Registro Elettronico.**

**MOTIVI DIVERSI DALLA MALATTIA SUPERIORE A 3/5 GIORNI**

*Assenza inferiore o uguale a tre giorni per la Scuola dell'Infanzia e a cinque giorni per la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria va presentato anticipatamente in classe.*

**Giustifica su Registro Elettronico.**

**MALATTIA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE INFERIORE O UGUALI A 3/5 GIORNI**

*Assenza inferiore o uguale a tre giorni per la Scuola dell'Infanzia e a cinque giorni per la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria.*

**Giustifica su Registro Elettronico.**

**MALATTIA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE SUPERIORE AI 3/5 GIORNI**

*Assenza per motivi di salute ordinari, superiore a tre giorni per la Scuola dell'Infanzia e a cinque giorni per la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria.*

**Giustifica su Registro Elettronico e certificato di riammissione a scuola del medico (PLS o MMG).**

**MALATTIA PER PATOLOGIA COVID**

*Assenza per motivi di salute per patologia Covid.*

**Giustifica su Registro Elettronico e certificato di riammissione a scuola che attesti la negatività al test diagnostico firmato dal medico (PLS o MMG).**

**ISOLAMENTO PER PATOLOGIA COVID**

*Assenza per quarantena su indicazione del Dipartimento di Prevenzione.*

**Attestazione della negatività al test diagnostico rilasciata da parte del Dipartimento di Prevenzione e/o presso strutture accreditate dalla Regione Lazio.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis Decreto legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Terracina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Firma \_\_\_\_\_