



**ISTITUTO COMPRENSIVO “P. BAFFI”**

**Via De Gasperi, 16 – 27043 BRONI (PV)**

**Tel. 0385 51033**

**E-mail: [pvic821006@istruzione.gov.it](mailto:pvic821006@istruzione.gov.it)**

**C.F.: 84000600183 – C.M. : PVIC821006 - CUP UFYODZ**

**DICHIARAZIONE PERSONALE Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà  
Autocertificazione ai sensi degli art.46 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_  
In qualità di genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_  
Frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Infanzia plesso di \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secondaria di 1° grado \_\_\_\_\_  
.....

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

che l’assenza dell’alunno dei giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- E’ STATA DETERMINATA DA MOTIVI DI SALUTE per i quali il pediatra/medico di medicina generale è stato contattato
- Che l’assenza dovuta a quarantena/isolamento domiciliare è stata effettuata e l’alunno non presenta sintomi relativi al Covid

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_