



**ISTITUTO COMPRENSIVO "FUTURA"**

Via Villorosi, 43 - 20024 GARBAGNATE MIL. (MI) Tel 02/9957762  
Fax 02/9955490 e - mail: [segreteria@icfutura.it](mailto:segreteria@icfutura.it) sito: [www.icfutura.it](http://www.icfutura.it)  
C.F. 86507520152 - Cod. Mecc. MIIC8EL00X pec:  
[miic8el00x@pec.istruzione.it](mailto:miic8el00x@pec.istruzione.it)  
Scuola Infanzia: ARCOBALENO - QUADRIFOGLIO - LA MAGNOLIA  
Scuola Primaria: A. MORO- A. GRAMSCI- S. ALLENDE  
Scuola Media: GALILEI



**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che il/la figlio/a \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

durante l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- ha avuto problemi di salute non riconducibili al Covid;
- altro \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre:**

Di aver consultato il Pediatra di Famiglia/Medico curante e di essersi attenuto alle sue indicazioni

In fede Data

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.