



La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
 in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
 nominativo altro genitore/unico affidatario \_\_\_\_\_ dipendente  
 presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di assentarsi dal servizio per accertamenti sanitari disposti dall'autorità sanitaria competente per il Covid-19 (DM PA Funzione pubblica del 19/10/2020 art. 4 c. 3) per il tempo necessario allo svolgimento:

del figlio minorenni (nome figlio \_\_\_\_\_)

propri

in data \_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA CHE**

- l'accertamento è stato disposto dal Dipartimento di Prevenzione dell'Asl territorialmente competente (\_\_\_\_\_)
- si è sottoposto ad accertamenti sanitari dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
- è informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, al Regolamento UE 2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. 101/2018, 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

.....

Visto del Coordinatore/Responsabile

.....