

Al Dirigente Scolastico

Dell'IC Galvani

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.) residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (comune di  
residenza) (prov.) in \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ (indirizzo) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e  
falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che il certificato medico rilasciato dal proprio medico di medicina generale all'istituzione scolastica in  
data \_\_\_\_\_ con numero di protocollo \_\_\_\_\_ attestante la malattia dal giorno  
\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ **presenta nella diagnosi la dicitura v29.0** corrispondente a quarantena  
obbligatoria o volontaria, sorveglianza attiva, etc..o in alternativa la dicitura di quarantena, isolamento  
fiduciario, febbre con sospetto di coronavirus.

Luogo e data .....

Il / La Dichiarante .....