



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "LUIGI SETTEMBRINI"

Via Brecciamè, 46 – 81024 – MADDALONI (CE) – C.F. 93086080616

C.M. CEIC8AU001 – Distretto Scolastico 13

Contatti: Presidenza: tel. 0823 408602 – Segreteria: tel. 0823 408721

e-mail: ceic8au001@istruzione.it – pec: ceic8au001@pec.istruzione.it

sito web: www.icluigisettembrini.edu.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE ex art. 47 .D.P.R. n. 445/2000

per la verifica dei requisiti ex art. 4, comma 1, lett. c), n. 2 del d.l. n.1 del 7 gennaio 2022

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore/affidatario
dell'alunno/a _____, della classe/sezione _____, nato/a a
_____, il ____/____/____, codice fiscale _____, residente in
_____ (prov. _____),
via/piazza _____, n. _____ appartenente
all'Asl _____

DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che - relativamente alle indicazioni ministeriali di cui NOTA MIUR PROT. U. 000014 del 10 gennaio 2022 recante "Scuole secondarie di I grado e II grado e del sistema di istruzione e formazione professionale – Verifiche da effettuare nelle classi in cui vi siano due casi di positività, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. c), n. 2 del D.L. n. 1 del 7 gennaio 2022",

il proprio figlio/figlia _____

alunno/a della Scuola Secondaria di primo grado, classe ____ sez. _____ plesso

Via Brecciamè/Via Canello

ha (*barrare la casella interessata*):

Concluso il ciclo vaccinale primario

oppure

È guarito da meno di centoventi (120) giorni

oppure

Ha effettuato la dose di richiamo

E PUO' , PERTANTO, FREQUENTARE LE LEZIONI IN PRESENZA.-

Data _____

Firma _____