

**Richiesta attività didattica in presenza – personale sanitario
(allegato alla circolare n.125 del 6/11/2020)**

Il/la sottoscritto/a nato/a
a..... il

e

Il/la sottoscritto/a nato/a
a..... il

genitori/tutori dell'alunno/a frequentante la classe sez.....
della scuola sec. I grado "Bossi" di Busto Arsizio

CHIEDE/CHIEDONO

che le attività didattiche del proprio figlio siano svolte in presenza.

Data ____/____/____

Firma:

Allegano alla presente autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000 attestante l'attività lavorativa svolta.

AUTODICHIARAZIONE ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000
(allegato alla circolare n.125 del 6/11/2020)

Il/la sottoscritto/a nato/a

a..... il

genitore/tutore dell'alunno/a frequentante la classe sez.....

della scuola sec. I grado "Bossi" di Busto Arsizio

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'articolo 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia

(barrare la voce che interessa)

- Di svolgere attività lavorativa in qualità di personale sanitario e precisamente
 - Medico
 - Infermiere
 - OSS
 - OSA

presso _____

direttamente impegnato nel contenimento della pandemia in termini di cura e assistenza ai malati

- Di essere impiegato presso altri servizi pubblici essenziali *(specificare quali)*

presso _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.