

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

**MINORI CHE FREQUENTANO IL CENTRO**

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELL'ACCOGLIENZA**

**GIORNALIERA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

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

Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- 1) Che il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria.
- 2) Che il minore non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.
- 3) Di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

In fede

Firma del dichiarante

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

### DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ACCOMPAGNATORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA ACCOGLIENZA GIORNALIERA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_,  
Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) Che non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia respiratoria.
- 2) Che non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

In fede

Firma del dichiarante

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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