

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

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

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____
a _____ (____), residente in _____ (____),
Via _____, Tel _____,
Cell _____ email _____
in qualità di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;
- b) non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
- c) non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- d) che non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria;
- e) che non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, con una persona positiva COVID-19 per quanto di propria conoscenza;
- f) di impegnarsi a comunicare tempestivamente se dovesse presentarsi uno dei sintomi riconducibili al COVID-19 (a me o al minore) o se una delle condizioni di cui sopra dovesse venire a verificarsi;
- g) 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 e seguenti.

In fede

Data Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato

Da Progetto A. scs, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.