DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL **MINORE** 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) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del **patto di corresponsabilità**;

b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;

c) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è o non è stato COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;

d) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;

e) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;

f) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha presentato negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) e che in caso di insorgere degli stessi nel minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente presso il proprio domicilio;

g) che il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria;

h) 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;

i) di impegnarsi a comunicare tempestivamente se dovesse presentarsi uno dei sintomi riconducibili al COVID-19 (a me o a uno dei miei conviventi) o se una delle condizioni di cui sopra dovesse venire a verificarsi

l) 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. nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.