

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE

(da consegnare in data 30/08/2021 in occasione della data di inizio del servizio prescuola)

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

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- 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;
- 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;
- 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 ;
- 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;
- 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

Data _____

Firma del dichiarante

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