

EVENTO _____ DEL _____

PRESSO _____

AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE

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

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

NATO/A IL ___/___/___ A _____ (____), RESIDENTE IN _____

VIA _____ TEL _____

EMAIL _____

IN QUALITA' DI _____ DEL MINORE

(NOME E COGNOME) _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 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 a periodo di quarantena obbligatoria o isolamento domiciliare negli ultimi 14 gg;
- 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 conviventi dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha presentato negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore ai 37,5°C)
- Di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 ,aggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020 .

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo gli organizzatori da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Luogo e data: _____, _____

In Fede

(Firma leggibile del Dichiarante) _____