

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

In qualità di genitore il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_

dichiara che il/la figlio/figlia \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' che il minore \_\_\_\_\_

- non è o non è stato Covid-19 positivo accertato o di essere stato dichiarato negativo a seguito di duplice tampone negativo.
- Non è sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale
- Non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultanti positivi al Covid-19
- è a conoscenza dell'obbligo di far rimanere il minore al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (sintomi riconducibili a infezione da covid 19) come previsto dall'art. 1, co.1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020
- Di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020.

Il sottoscritto, firmando il presente documento, si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi sopraelencate avendo cura, in tal caso, di restare al proprio domicilio e consultare il proprio medico curante.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare il REGOLAMENTO della struttura e il PROTOCOLLO DI SICUREZZA che questa ha adottato per far fronte all'emergenza sanitaria.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

