



**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 _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;
2. che non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
3. che non è entrato in stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
4. 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

In fede

Firma del dichiarante

Data

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