



**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**

1. di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
3. 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;
4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. 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.