

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

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle del proprio figlio/a, dei familiari e conviventi, avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta;
- che il genitore stesso o il proprio/a figlio/a o uno qualunque dei familiari e conviventi, NON presenti sintomi sospetti per COVID-19 (a titolo di esempio: febbre superiore ai 37,5°C , difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.).

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

Data

Firma
