



---

## 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 \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

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

In fede

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

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