



**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE
DELL' ACCOMPAGNATORE DA RENDERE IN OCCASIONE
DELL' ACCOGLIENZA GIORNALIERA**

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, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia respiratoria;

b) Che non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

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.