



ALLEGATO B

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

- a) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
- b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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

Data _____ Firma del dichiarante _____

Il presente modulo sarà conservato da FONDAZIONE ASILO INFANTILE ABBIATE GUAZZONE, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.



ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELL'ACCOGLIENZA GIORNALIERA

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

Minori che frequentano il centro

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) Che il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria;
- b) Che il minore 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 a 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- c) 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.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Il presente modulo sarà conservato da FONDAZIONE ASILO INFANTILE ABBIATE GUAZZONE, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.



ALLEGATO D

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

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

Data _____ Firma del dichiarante _____

Il presente modulo sarà conservato da FONDAZIONE ASILO INFANTILE ABBIATE GUAZZONE, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.



ALLEGATO E

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ACCOMPAGNATORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA 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.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Il presente modulo sarà conservato da FONDAZIONE ASILO INFANTILE ABBIATE GUAZZONE, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.