



AUTODICHIARAZIONE COVID-19 (per il minore)

Il/la sottoscritto/a :

Cognome Nome

Nato/a a il

Residente in Via/Piazza n.

In qualità di (genitore, tutore,)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole che, ai sensi dell'art. 46,47, 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi e/o il loro uso, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, che il minore

non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni:

	SI	NO
È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		
Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati sopra riportati

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

ASSOCIAZIONE SCUOLALIBERATUTTI al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa vigente.

Luogo e Data

Firma

.....

.....

