

MODULO 2 - AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA PRIMA ACCOGLIENZA

Il sottoscritto _____ nato il ___/___/___

a _____ (____) residente in _____ (____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ email _____

in qualità di _____ del minore _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
- 2) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti,
- 3) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è o è stato COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 4) 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;
- 5) 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-19o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- 6) 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;
- 7) 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.

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato da TRA LE NUVOLE ASD, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.