

## MODULO 9 - AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ACCOMPAGNATORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA ACCOGLIENZA GIORNALIERA

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

- Che non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia respiratoria;
- 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 da ASSOCIAZIONE TRA LE NUVOLE ASD, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.