



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

**Dichiarazione 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 _____

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 COVID19 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 sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 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-19 o 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 presenta sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) previsto dall'art. 1, c. 1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020 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 nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.



PARROCCHIA SANTE
CAPITANIO E GEROSA

Via Sandro Botticelli 3, 25124 Brescia (BS)

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

**Dichiarazione sulle condizioni di salute del minore
da rendere in occasione dell'accoglienza giornaliera**

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___ a _____ (___),
residente in _____ (___), via _____, tel _____,
cell _____, email _____, in qualità di _____
del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) che il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria;
- 2) che il minore non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, con una persona positiva COVID-19 o con una con temperatura corporea superiore a 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- 3) 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 nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria