

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

C.F. _____ Residente a _____ Via _____ n. __,
Genitore di _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. __

DICHIARO PER CONTO DEL MINORE

- Di non essere sottoposto a provvedimenti di quarantena o isolamento domiciliare.
- Di non essere affetto da sintomi influenzali e/o febbre (oltre 37.5 °C)
- Di non avere avuto, negli ultimi 14 giorni, segni/sintomi riferibili all'infezione COVID-19 tra i quali temperatura corporea > 37.5 °C, febbre tosse, difficoltà respiratorie astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia, alterazione di gusto/olfatto.
- Di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

Data _____

Firma del soggetto _____

Il presente modulo sarà conservato per 14 giorni - ai soli fini della prevenzione dal contagio da COVID-19 - da ASSOCIAZIONE FAMIGLIE PER L'ACCOGLIENZA A.P.S., nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.