

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

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___

a _____ (___), residente in _____ (___)

Tel _____, Cell _____

email _____

in qualità di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) Di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
- b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- c) che il figlio o un convivente dello stesso nucleo familiare non è o non è stato COVID-19 positivo accertato oppure è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- d) che il figlio o un convivente dello stesso nucleo familiare non è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- e) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti stretti 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;
- f) che il figlio o un convivente dello stesso 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;
- g) 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.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente al Responsabile dell'ASD FRI SPORT ITALIA eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività, di tenersi lontano dai bambini/adolescenti a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile dell'ASD FRI SPORT ITALIA. Appena sussistano le condizioni avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa della frequenza del Centro potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

Luogo e data

Firma del dichiarante

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

