



**AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE
AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
persone adulte che frequentano il centro**

Il/la/i sottoscritt_ _____ nato/a il ___/___/___ a _____,
residente in _____, via _____,
tel. _____, cell. _____, email _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal DL 33 del 16 maggio 2020 e dal DPCM 11 giugno 2020;
2. di non aver avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei tre giorni precedenti;
3. di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
4. di non essere entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con una sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
5. 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/Gestore del centro estivo 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/Gestore del Centro. 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.

In fede.

Luogo e data _____

Il dichiarante

Si allega copia documento di identità.

Il presente modulo sarà conservato dai Capi Gruppo del Gruppo Mantova 9, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

