

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA PRIMA ACCOGLIENZA AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del  
minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è o non è stato COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- 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;
- che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del 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;
- 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.
- di prendere atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome del soggetto minore sopra identificato e di impegnarmi a dare immediata comunicazione all' Associazione in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra), informando anche il proprio medico curante. La presente autocertificazione avrà validità fino ad eventuale variazione delle situazioni autocertificate..

Data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_