

DICHIARAZIONE SULLE **CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE** DA RENDERE IN
OCCASIONE DELLA PRIMA ACCOGLIENZA

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/___ a
_____ (___), residente a _____ (___), in
via _____,

Tel _____, Cell _____, in qualità
di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) di impegnarsi a rispettare il Patto di corresponsabilità Scuola;
- b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- c) 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;
- d) 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;
- 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 all'interno del nucleo familiare non ha presentato negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°C) 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 dalla normativa vigente.

SI IMPEGNA INOLTRE

a comunicare, in occasione dell'accoglienza giornaliera, eventuali situazioni che possono determinare una variazione delle condizioni di salute del minore e in particolare le seguenti circostanze:

- a) il minore ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore a 37,5°C o qualche sintomatologia respiratoria
- b) il minore è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, con una persona positiva Covid-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

In fede,

Data _____

Firma del Dichiarante _____

Il presente modulo sarà conservato dall'Ic Tricase Via Apulia, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.