

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA
RENDERE IN OCCASIONE DELL'INIZIO DELLE RIUNIONI
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto _____, nato il ___ / ___ / _____
a _____ (_____), residente in _____ (_____),
via _____, tel. _____,
cell. _____, e-mail _____

In qualità di _____
del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il minore _____

- a) Non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37.5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti;
- b) Non è stato in quarantena o in isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- c) Non è stato a contatto con una persona positiva a COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a i 37.5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni

In fede

Data
