

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto (nome e cognome) _____,
genitore del minore (nome e cognome) _____ nato il
____. ____ . _____ a _____, residente a _____ via
_____. Telefono _____ (obbligatorio).

Età del bambino _____.

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che è a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti e che il/la figlio/a:

- non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14 giorni non ha avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non presenta sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C).

Inoltre dichiara di essere informato e si impegna, anche in nome e per conto del minore sopra indicato, a rispettare tutti i regolamenti e protocolli adottati dall'organizzatore dei laboratori come misure anticontagio Covid-19. I dati personali sopra riportati saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID19 come meglio indicato nell'Informativa ex art. 13 Regolamento UE, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato e in ottemperanza all'ultimo DPCM.

Bulzi, lì

FIRMA
