**ALLEGATO B**

**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 |  | | | | | | | Prov. |  |
| residente in | | | | | |  | | | | | | | | |
| via |  | | | | | | | | | | Tel. |  | | |
| Cell. |  | | | | | | @mail | |  | | | | | |
| in qualità di | | | |  | | | | del minore | |  | | | | |

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

a) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;

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 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°) 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 dal combinato disposto dell’art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

In fede

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  | Firma del dichiarante |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il presente modulo sarà conservato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.