**ALLEGATO D**

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL’ACCOMPAGNATORE 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) che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;

b) non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;

c) non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

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.