**ALLEGATO E**

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL’ACCOMPAGNATORE DA RENDERE IN OCCASIONE DELLA ACCOGLIENZA GIORNALIERA**

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, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia respiratoria;

b) Che non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

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.