**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 sottoscritto , nato il / \_ /

a ( ), residente in ( ), Via , Tel , Cell email , in qualità di del minore

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;
2. non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
3. 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.