**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 sottoscritto , nato il / /

a ( ), residente in ( ), Via , Tel , Cell email ,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Che non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia respiratoria;
2. 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.