



**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ACCOMPAGNATORE DEL MINORE
DA RENDERE NEI GIORNI SUCCESSIVI AL PRIMO**

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____

a _____ (____), residente in _____ (____),

Via _____, Tel _____,

Cell _____ email _____,

in qualità di _____ del minore _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

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 COVID19 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)
