



DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI OSPITI 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 il minore sopra indicato (qui di seguito il "Minore"), SOTTO LA PROPRIA
RESPONSABILITÀ

a) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di
corresponsabilità;

b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;

c) che il Minore o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è o non è stato
COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a
seguito di duplice tampone negativo;

d) che il Minore o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è o non è stato
sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;

e) che il Minore o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha avuto negli
ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o con una persona con
temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria
conoscenza;

f) che il Minore o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha presentato negli
ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) e che in caso di insorgere degli
stessi nel Minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente
presso il proprio domicilio;

g) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del
16

maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

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.