

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

- 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

Firma del dichiarante

Data

Il presente modulo sarà conservato dall'Ente Gestore **_CONSORZIO EDUCARE E' COMUNITÀ'**, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.