

CODICE FAMIGLIA		
EVENTO	DEL GIORNO	ORE
PRESSO		

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritt _____
 nato/a il ___/___/_____ a _____
 residente in _____ via _____
 utenza telefonica _____ email _____

in qualità di GENITORE/TUTORE DEL/DEI MINORE/I

Nome _____ Cognome _____
 nato/a il ___/___/_____ a _____
 residente in _____ via _____

Nome _____ Cognome _____
 nato/a il ___/___/_____ a _____
 residente in _____ via _____

Nome _____ Cognome _____
 nato/a il ___/___/_____ a _____
 residente in _____ via _____

eventuale altro componente del nucleo familiare MAGGIORENNE che dichiara quanto sotto (es. altro genitore, figlio maggiorenne, ecc)

Nome _____ Cognome _____
 nato/a il ___/___/_____ a _____
 residente in _____ via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento fiduciario /
che il proprio figlio/a non è sottoposto alla misura della quarantena o isolamento fiduciario
- di non essere risultato positivo al COVID-19 /
che il proprio figlio/a non è risultato positivo al COVID-19
- di non presentare sintomi associabili al COVID-19 (ad esempio: febbre >37.5°C, tosse, mal di testa,
raffreddore, diarrea, congiuntivite) /
che il proprio figlio/a non presenta sintomi associabili al COVID-19
- di non essere venuto a contatto nei precedenti 14 giorni con persone positive o in quarantena o con
sintomi associabili al COVID-19 (contatti stretti) /
che il proprio figlio/a non è venuto a contatto nei precedenti 14 giorni con persone positive o in
quarantena o con sintomi associabili al COVID-19 (contatti stretti)
- di avere rispettato le procedure imposte da normativa nel caso di provenienza/frequenzazione aree a
rischio contagio /
che il proprio figlio/a ha rispettato le procedure imposte da normativa nel caso di
provenienza/frequenzazione aree a rischio contagio

Dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la APSS qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da COVID-19 o contrarre la malattia da COVID-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.

 (data, ora e luogo)

 Firma del dichiarante

 Firma di eventuale altro maggiorenne