

SETTIMANA DAL _____ AL _____

MODELLO DI DICHIARAZIONE DA RENDERE DA PARTE DEI RAGAZZI (ESERCENTE POTESTA' GENITORIALE)

IL SOTTOSCRITTO _____
GENITORE DEL MINORE _____

ATTESTA

_____ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;

_____ di non aver avuto, nelle ultime due settimane, sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.

_____ di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

In fede,

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

OSIMO, _____

Firma esercente patria potestà

Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.

TEMPERATURA CORPOREA

LUNEDI'	
MARTEDI'	
MERCOLEDI'	
GIOVEDI'	
VENERDI'	