



DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ACCOMPAGNATORE DA
RENDERE IN OCCASIONE DELL'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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- A) che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;
- B) non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
- C) non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

In fede

Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato dalla Comunità Pastorale Casa di Betania di Agrate Brianza, Omate e Caponago, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.