



**ALLEGATO C**  
**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE DA RENDERE IN OCCASIONE**  
**DELL'ACCOGLIENZA GIORNALIERA**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**Minori che frequentano il centro**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_,  
Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

a) Che il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria;

b) Che il minore non è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;

c) 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.



**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 COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

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.