DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE l’accesso del proprio figlio/a presso codesto Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per il periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , si impegna ad utilizzare nell’accesso per accompagnare il proprio figlio/a ad indossare mascherina di protezione e ove previsto guanti monouso, adottando comportamenti corretti dell’igiene delle mani per contrastare la diffusione del COVID-19 in ottemperanza alle disposizioni vigenti.

DICHIARA

a) di avere letto e compreso l’informativa relativa ai trattamenti di dati relativi ad attività per il contrasto del Covid-19;

b) di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;

c) di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l’Autorità Sanitaria competente.

* di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
* per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
* di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di aver provveduto a rilevare autonomamente la propria temperatura corporea, previo accesso alla sede aziendale, con esito inferiore a 37,5°C e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti;
* (in alternativa) di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di sottopormi al controllo della temperatura corporea.

**PRECISA CHE LE INFORMAZIONI RESE AL PUNTO C) SI RIFERISCONO ANCHE AL PROPRIO FIGLIO/A**

Luogo e data ………………….

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_