

Fondazione Cascina Roccafranca

AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a il ____ / ____ / _____

a _____ (____), residente in _____ (____),

indirizzo _____,

recapito telefonico o mail _____

(da compilare all'occorrenza)

genitore o tutore legale del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

(per il minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore):

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti presso Cascina Roccafranca;
- 2) di non essere o essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 4) di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19, per quanto di conoscenza;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5 °C) previsto dalla normativa vigente;
- 6) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di prestare consenso al trattamento dei dati, ivi compresi quelli sullo stato di salute ossia la misurazione della temperatura corporea (febbre). *	SI	NO
--	----	----

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'evento o attività, di avvisare tempestivamente il referente dell'attività o il personale della Cascina. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La riammissione all'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

Data _____

Firma _____

(del genitore o tutore in caso di minore)