

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Contatto stretto asintomatico minorenne

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in
_____ (____), via
_____ e domiciliato/a in _____
(____), via _____, identificato/a a mezzo
_____ nr. _____, rilasciato da
_____ in data ____ . ____ . ____ , utenza telefonica
_____, mail _____, nella sua qualità di esercente la responsabilità
genitoriale sul/la minore _____ nato/a _____ il _____, _____,
_____ consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico
ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

✓ Che la/il minore non ha presentato i seguenti sintomi nel periodo di isolamento iniziato in data _____ a seguito dell'ordinanza n. _____ in data _____ del Sindaco di _____:

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

Allegato: copia documento di identità