

# AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE PER ACCESSO QUOTIDIANO AL CENTRO ESTIVO

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME E NOME	
GENITORE / TUTORE DI	

ai sensi

- delle Linee Guida nazionali per la "Gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza Covid-19" e dell'approvazione del DL n. 33/2020 oltre che del DPCM del 17 maggio 2020;
- del Protocollo Regionale per la definizione degli indirizzi in materia di riprogettazione e gestione delle attività dei centri estivi 6-14 anni, in conformità con le indicazioni tecniche e sanitarie definite da Governo e Regione Emilia-Romagna;

## DICHIARA

### SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' IL SEGUENTE STATO DI SALUTE DEL/DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A

	GIORNO	FEBBRE	TOSSE	DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	MALESSER E	FIRMA
LUN.	____/____/ 2020	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
MAR	____/____/ 2020	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
MER	____/____/ 2020	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
GIO.	____/____/ 2020	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
VEN.	____/____/ 2020	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

### DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza dell'informativa sulla privacy per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

**FIRMA LEGGIBILE**

---