**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/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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, con una persona positiva COVID19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

 Besozzo,

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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