

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL MINORE

Io sottoscritto..... genitore/tutore di

.....iscritto ad A.G.G.S. nel reparto

- Lupetti Varese
- Coccinelle Varese
- Lupetti Valle Olona
- Coccinelle Valle Olona
- Lupetti Gavirate
- Coccinelle Gavirate

DICHIARO

- che mio figlio o un convivente all'interno dello stesso nucleo familiare non è o non è stato COVID 19 positivo accertato ovvero è stato Covid19 positivo accertato e dichiarato guarito;
- che mio figlio o un convivente all'interno dello stesso nucleo familiare non è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- che mio figlio o un convivente all'interno dello stesso nucleo familiare non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- che mio figlio o un convivente all'interno dello stesso nucleo familiare non ha avuto negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) e che in caso di insorgere degli stessi nel minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente presso il proprio domicilio.

In fede,

Data:.....

Firma:.....

Il presente modulo sarà conservato da A.G.G.S., nel rispetto della normativa sulle tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria