

Questionario di monitoraggio settimanale dati sanitari

Da consegnare 1 sola volta il lunedì ogni inizio settimana

Cognome Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Indicare se negli ultimi 7 giorni il minore ha avuto

sintomo	si	no
Febbre		
Tosse		
Recente difficoltà respiratoria		
Perdita sensazione del gusto		
Perdita capacità di sentire gli odori		
Diarrea-vomito		
Inappetenza		
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 sospetto o confermato (se noto)		

Altro

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma di chi esercita la potestà parentale _____

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art.46 e 47 D.P.R 445 del28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____
C.F. _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____

In caso di minore:

il Genitore/tutore del minore _____
C.F. _____ Nato/a a _____
Il _____ residente a _____
via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché delle sanzioni penali e amministrative previste in caso di mancata osservanza delle misure di contenimento e prevenzione dalla diffusione del virus SARS -CoV-2 (Covid-19)

DICHIARO

- Di non essere affetto dal virus SARS-CoV-2 (Covid-19) e di non essere venuto a contatto con alcun soggetto contagiato negli ultimi 15 giorni.
- Di non essere sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per Covid- 19.
- Di essere in buona salute e di non presentare nessuno dei sintomi tipici dell'infezione, quali tosse, raffreddore, febbre, associati o meno a difficoltà respiratoria.

-Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 101 del 10 agosto 2018 e a livello europeo dal GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo sulla Protezione Dati) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Valenza li,.....

Il dichiarante.....