

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

N. telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

per sé stesso     in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale del minore

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui al DPCM del 3 novembre 2020 e dichiara inoltre di:

- non essere sottoposto alla misura di quarantena o di isolamento
- non essere a conoscenza di aver avuto contatti con persone affette da SARS COV-19 negli ultimi 14 giorni;
- non essere mai risultato positivo al virus COVID-19
- essere stato positivo e di essere stato dichiarato guarito dalle Autorità Sanitarie competenti in data \_\_\_\_\_
- non aver avuto negli ultimi 14 giorni febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, dolori articolari e/o muscolari diffusi, diarrea, perdita dell'olfatto e del gusto o altri sintomi riconducibili a COVID-1

Dichiara altresì di essere consapevole delle conseguenze penali e civili previste in caso di dichiarazioni mendaci.

Le informazioni saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto regolamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_