

DICHIARAZIONE GIORNALIERA SULLO STATO DI SALUTE DEL MINORE

(da compilare e sottoscrivere a cura del genitore/tutore/convivente delegato)

Dati del minore iscritto al centro/servizio estivo denominato " _____ "

NOME	COGNOME	LUOGO	DATA DI NASCITA

INDICAZIONI SU SINTOMATOLOGIA E CONDIZIONI DI SALUTE

EMERSE NELLA GIORNATA DI IERI O NEL CORSO DELLA NOTTE

Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Perdita di sensazione del gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Perdita sensazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Diarrea-vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Inappetenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Generale stato di debolezza e/o spossatezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 CONFERMATO			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 SOSPETTO (se noto)			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

Dichiarare altresì se, nella giornata di ieri o nel corso della notte, un componente del nucleo familiare (o comunque convivente) ha avuto uno o più dei suddetti sintomi, e quali:

Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, DICHIARO di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere.

Sono consapevole che i suddetti dati sono gestiti in ossequio a quanto previsto dalle normative nazionali e regionali anti-covid 19 e che sono trattati per le esclusive finalità legate all'accesso e alla gestione del centro/servizio estivo, dal gestore delle attività individuato dal Comune di Martignano nella persona del responsabile _____ dell'azienda/cooperativa/associazione denominata _____, secondo la normativa sulla privacy (Regolamento (UE) 2016/679).

Data

Firma del genitore/tutore/accompagnatore
