



ASSOCIAZIONE CENTRO DOWN ALESSANDRIA via Mazzini, 85 15121 Alessandria

**DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE PROPRIO E DEL MINORE
ACCOMPAGNATO**

Il sottoscritto (nome e cognome)

in qualità di responsabile della presa in carico

del minore (nome e cognome)

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio e vigenti alla data odierna
- 2) di essere a conoscenza e di rispettare le disposizioni per accedere ai locali e alle prestazioni dei professionisti
- 3) di non essere sottoposto alla misura di quarantena, ovvero non risulta positivo al Covid-19 alla data odierna;
- 4) che nessun familiare convivente alla data odierna risulta sottoposto alla misura di quarantena, ovvero non risulta positivo al Covid-19.
- 5) Che negli ultimi 14 giorni non sono per lui, per il minore e per eventuali conviventi occorsi i seguenti cambiamenti relative lo stato di salute: presenza di variazioni della temperatura corporea di base (36.5°/37°); presenza di sintomatologia respiratoria; presenza di sintomatologia gastrointestinale; presenza di ogni eventuale altro sintomo ascrivibile ad un sospetto di situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-20

DICHIARA DI ACCEDERE AI LOCALI con temperature corporea inferiore a 37,50° nel giorno
alle ore

DICHIARA CHE IL MINORE ACCEDE AI LOCALI con temperature corporea inferiore a 37,50°

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel seguente modulo in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

Luogo e data _____

Firma per presa visione del Professionista _____

Firma del genitore/ accompagnatore _____