



Comune di Inveruno

**CAMPUS INFANZIA INVERUNO**  
**"L'arcipelago creativo"**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Cell \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_, in qualità  
di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;
2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal D.L. 33 del 16 maggio 2020 e dal DPCM 17 maggio 2020 e successive integrazioni;
3. che il figlio o un convivente dello stesso, all'interno del nucleo familiare, non è o è stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
4. che il figlio o un convivente dello stesso, all'interno del nucleo familiare, non è sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
5. che il figlio o un convivente dello stesso, all'interno del nucleo familiare, non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
6. che il figlio o un convivente dello stesso, all'interno del nucleo familiare, non presenta sintomi influenzali (tosse, febbre pari o superiore a 37,5°) previsto dall'art. 1, c. 1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020 e che in caso di insorgere degli stessi nel minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente presso il proprio domicilio;
7. di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020 e successive integrazioni.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

*Il presente modulo sarà conservato da COOPERATIVA ALBATROS nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.*

