

Allegato 2

SCHEDA SANITARIA -AMNESTICA PER MINORI

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a.....in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale di.....nato a(.....) residente invia....., consapevole di tutte le conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA, che il/la proprio/a figlio/a

--	--

Cognome

nome

--	--

Luogo e data di nascita

nazionalità

--

Residenza, indirizzo telefono

--

Medico curante

--	--

ALLERGIE

	SPECIFICARE
farmaci	
pollini	
polveri	
muffe	
Punture di insetti	

Altro _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

intolleranze alimentari: _____

Per il/la minore (barrare l'opzione esatta)

- ☐ non sono stati richiesti negli ultimi 15 giorni lavorativi interventi medici
- ☐ in caso di malattia negli ultimi 15 giorni – si allega la certificazione medica di avvenuta guarigione, ovvero attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

_____, lì _____

(Luogo e data)

Firma di chi esercita la potestà genitoriale _____

Si autorizza il trattamento dei dati forniti e dichiara di essere previamente informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003, che i dati personali forniti saranno trattati dagli Uffici riceventi esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono resi, e che potranno essere comunicati ad altri soggetti, anche con mezzi informatici, solo per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano. Dichiara altresì di essere informato che in ogni momento potrà esercitare i diritti previsti all'articolo 7 del summenzionato decreto legislativo.

Firma di chi esercita la potestà genitoriale_____

INOLTRE, il/la sottoscritto/a si impegna a produrre per il primo giorno di frequenza al centro estivo una la seguente autoautocertificazione e ad essere disponibile e fornire le corrette informazioni ai triage giornalieri che gli operatori del centro effettueranno.

Il sottoscritto (Nome e cognome).....quale madre/padre/tutore legale

di...nome..... cognome.....nato il...../.../.....a.....

dichiara, che in famiglia ci sono stati conviventi (genitori, nonni, zii e caregiver, ecc.) che hanno presentato i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni o di non averli in questo momento:

SI

NO

Febbre >37,5c°

Tosse

Stanchezza

dolori muscolari

mal di gola

perdita di olfatto o gusto

sintomi gastrointestinali

avete avuto contatti con casi accertati o sospetti di covid19?

Luogo.....data.....

Firma.....