

AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a	
genitore/tutore legale di	

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DEL D.P.R.N 445 DEL 28.12.2000 CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A
NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO E NEL CASO DI FARMACO D'URGENZA ANCHE ISTRUZIONI RELATIVE ALLA POSOLOGIA)

<input type="checkbox"/> E' certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da	<input type="checkbox"/> operatore ULSS	<input type="checkbox"/> insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/> E' affetto da particolari patologie	<input type="checkbox"/> problemi cardiaci	
	<input type="checkbox"/> problemi respiratori (es. asma bronchiale)	
	<input type="checkbox"/> problemi osteo-muscolari	
	<input type="checkbox"/> problemi motori	
	<input type="checkbox"/> diabete	
<input type="checkbox"/> altro (specificare):		
<input type="checkbox"/> Ha seguenti allergie non alimentari	<input type="checkbox"/> farmaci (specificare)	
	<input type="checkbox"/> punture d'insetti (specificare)	
	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	
<input type="checkbox"/> Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza ("salvavita") –	<input type="checkbox"/> specificare:	

RICHIESTA DIETA SPECIFICA: ALLEGARE MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE, LIBERATORIA CAMST (E CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI ALLERGIA)

<input type="checkbox"/> Ha seguenti allergie alimentari	specificare:
<input type="checkbox"/> Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi	specificare:

DICHIARA INOLTRE:

<input type="checkbox"/>	Che nessun componente del nucleo familiare è risultato positivo al COVID-19. In caso di risposta affermativa si è in possesso di certificato di negativizzazione avendo ricevuto 2 tamponi negativi.
<input type="checkbox"/>	Che nessun componente del nucleo familiare è sottoposto alla misura della quarantena per sospetta infezione da COVID-19
<input type="checkbox"/>	Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio
<input type="checkbox"/>	Che nessun componente del nucleo familiare ha avuto contatti o familiarità, nei 14 giorni precedenti la data odierna, con persone affette da COVID-19 o con sintomatologie riconducibili all'infezione.
<input type="checkbox"/>	Che nessun componente del nucleo familiare ha avuto, nei 14 giorni precedenti la data odierna, sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.
<input type="checkbox"/>	Di aver preso visione delle linee guida e di quanto disposto da Nuovi Spazi coop. Sociale ai fini del contenimento del contagio da COVID-19

DICHIARA INOLTRE: Di avere sede lavorativa a Limena

Data	
Firma mamma	
Firma papà	