

AUTOCERTIFICAZIONE CHECK-IN

CENTRO ESTIVO DI _____

DATI DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Recapito telefonico di un familiare _____

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO
- Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO
2. È in quarantena? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
 - Febbre/febbre SI NO
 - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
 - Malessere, astenia SI NO
 - Cefalea SI NO
 - Congiuntivite SI NO
 - Sangue da naso/bocca SI NO
 - Vomito e/o diarrea SI NO
 - Inappetenza/anoressia SI NO
 - Confusione/vertigini SI NO
 - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
 - Perdita di peso SI NO
 - Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA _____

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

AUTOCERTIFICAZIONE CHECK-IN

CENTRO ESTIVO DI _____

DATI DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Recapito telefonico di un familiare _____

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO
- Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO
2. È in quarantena? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
 - Febbre/febbre SI NO
 - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
 - Malessere, astenia SI NO
 - Cefalea SI NO
 - Congiuntivite SI NO
 - Sangue da naso/bocca SI NO
 - Vomito e/o diarrea SI NO
 - Inappetenza/anoressia SI NO
 - Confusione/vertigini SI NO
 - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
 - Perdita di peso SI NO
 - Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA _____

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno
