



AUTODICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_) il _____ residente a _____ - via

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 200 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R. ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che:

- a) 1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- b) 2. di non essere stato accertato COVID-19 positivo ovvero di essere stato accertato COVID-19 positivo e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- c) 3. di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- d) 4. di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- e) 5. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, infezione respiratoria, febbre uguale o superiore a 37,5°);
- f) 6. 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 ss.mm.ii.

Inoltre, con la firma di questo documento il/la sottoscritto/a:

- si impegna a comunicare tempestivamente al Capo Gruppo eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione;

Inoltre, se Capo in servizio, con la firma di questo documento il/la sottoscritto/a:

si assume l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività, a tenersi lontano dai bambini/adolescenti a lui affidati e dal resto dei capi, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Capo Gruppo o il Capo unità presente. Appena sussistano le condizioni avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa della frequenza alle attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

_____, lì _____

Firma

