

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Genitore di _____

DICHIARA

- che il proprio figlio/a e nessun membro della propria famiglia lamentano sintomi quali: febbre, tosse, raffreddore, perdita di olfatto e/o gusto, astenia (grande spossatezza);
- che nelle ultime 2 settimane il proprio figlio/a non è stato a contatto con persone che abbiano sviluppato patologie riconducibili al Covid 19;
- di non aver in corso accertamenti sanitari per Covid 19.

SOTTO LA SUA RESPONSABILITA' SI IMPEGNA

- a comunicare immediatamente all'associazione l'eventuale variazione di una delle situazioni sopra menzionate sospendendo con effetto immediato l'accesso a Cascina S. Vincenzo.

In fede

Data _____

Firma _____

Da consegnare all'operatore al primo accesso