

**ALLEGATO F-bis**  
**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PERSONALE OPERATORE,**  
**EDUCATORI, ANIMATORI E VOLONTARI MINORENNI DA RENDERE IN OCCASIONE**  
**DELLA PRIMA ACCOGLIENZA**  
**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_,  
Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal D.L. 33 del 16 maggio 2020 e dal DPCM 11 giugno 2020;
- 2) il minore non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti;
- 3) il minore non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
- 4) il minore non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- 5) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute del minore, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assumere infine l'impegno, in caso di mutamenti dello stato di salute e dello stato di benessere fisico del minore nel corso dell'attività del camp, che lo stesso si terrà lontano dai minori/ragazzi a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, avviserà tempestivamente il Responsabile del Centro e si atterrà alle indicazioni da lui date.

La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In fede, firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Il presente modulo sarà conservato da ASD Ascot Triante, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.