**Allegato A**

**ATTESTAZIONE STATO SALUTE DEL PERSONALE VOLONTARIO**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_), Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

2) di non essere o essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;

3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;

4) di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;

5) di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) previsto dall’art. 1, c. 1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020;

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.

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

Si assume infine l’impegno di astenersi alla partecipazione al Pedibus in caso di mutamenti del proprio stato di salute, e di verificare, con il proprio medico, lo stato di salute prima della ripresa dell'attività.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato B**

**ATTESTAZIONE SULLE CONDIZIONI DEI MINORI A CURA DELLA FAMIGLIA 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 degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;

2) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

3) che il figlio, o un convivente dello stesso all’interno del nucleo familiare, non è o è stato COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;

4) che il figlio, o un convivente dello stesso all’interno del nucleo familiare, non è sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;

5) che il figlio, o un convivente dello stesso all’interno del nucleo familiare, non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;

6) che il figlio, o un convivente dello stesso all’interno del nucleo familiare, non presenta sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) previsto dall’art. 1, c. 1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020 e che in caso di insorgere degli stessi nel minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente presso il proprio domicilio;

7) 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.

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

Si assume infine l’impegno di escludere il proprio figlio alla partecipazione al Pedibus in caso di mutamenti dello stato di salute del minore, e di verificarne, con il proprio medico, lo stato di salute prima della ripresa dell'attività.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_