

ALLEGATO 5

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE 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 _____ n. _____, Tel/cell _____,
email _____,
in qualità di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

a) di essere a conoscenza degli impegni assunti con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità;

b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;

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

d) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;

e) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti stretti (1) con soggetti risultati positivi al COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;

(1) **CONTATTI DI CASI COVID19:** per contatto di CASO COVID19 si intende

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. la stretta di mano)

- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti

- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, in assenza di Dispositivi di protezione idonei.

Le persone che saranno individuate come contatti stretti da ATS Val Padana effettueranno un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultimo contatto con il caso confermato.

Sarà possibile il rientro in comunità solo con l'effettuazione di un tampone con esito negativo (antigenico o molecolare), effettuato a partire dal 10° giorno di quarantena.

Di norma i contatti stretti del caso confermato COVID19 verranno ricercati nelle 48h precedenti all'insorgenza dei sintomi o all'effettuazione del tampone (soggetto asintomatico).

Tuttavia, in caso di soggetto positivo alla variante brasiliana, sudafricana o indiana di SARSCoV2 i contatti verranno ricercati nei 14 giorni antecedenti all'insorgenza dei sintomi o all'effettuazione del tampone.

f) che il figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non ha presentato negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) e che in caso di insorgere degli stessi nel minore durante la giornata sarà propria cura provvedere a riportarlo tempestivamente presso il proprio domicilio;

g) 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.

SI IMPEGNA INOLTRE

a comunicare, in occasione dell'accoglienza giornaliera, eventuali situazioni che possono determinare una variazione delle condizioni di salute del minore e in particolare le seguenti circostanze:

a) il minore ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività, una temperatura corporea superiore ai 37,5° o alcuna sintomatologia respiratoria;

b) il minore è entrato in stretto contatto, nel periodo di assenza dalle attività, una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore a 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza.

Data: _____

In fede

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato dal Comune di Mantova, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.