

QUESTIONARIO MONITORAGGIO DATI SANITARI DEL MINORE
(Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000)

(Dati del/la Minore)

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di Nascita

Nazionalità..... C.F.:

- **Indicare se il Minore, i suoi Genitori o Tutor, negli ultimi 14 GIORNI:**

hanno avuto:(barrare la voce di riferimento)

- 1) Febbre pari o superiore a 37,5°C **SI /NO**
- 2) Tosse persistente: **SI /NO**
- 3) Difficoltà respiratoria/Raffreddore: **SI / NO**
- 4) Perdita della sensazione del gusto**SI / NO**
- 5) Perdita della capacità di sentire gli odori: **SI / NO**
- 6) Diarrea-Vomito: **SI / NO**
- 7) Inappetenza: **SI / NO**
- 8) Spossatezza o dolori muscolari/articolari**SI / NO**

- **Indicare se il Minore, i suoi Genitori o Tutor, negli ultimi 14GIORNI, per quanto di propria conoscenza:**

- siano risultati/e positivi/e al COVID-19: **SI / NO**
- siano stati/e a contatto negli ultimi 30 giorni con caso di COVID19 (sospetto o accertato):**SI / NO**

(In caso di risposta affermativa anche ad una sola delle domande sopra riportate il/la Minore non potrà accedere alle attività, ma dovrà riportare il Suo stato sanitario al proprio medico di base ovvero all' Autorità Sanitaria Locale di competenza)

- 1) negli ultimi 14 giorni siano rientrati da viaggi internazionali: _____
- 2) Altro: _____

IL SOTTOSCRITTO _____, **NATO A:** _____

IL _____ **C.F.:** _____

IDENTIFICATO CON DOCUMENTO _____ **N.** _____

RILASCIATO DA: _____ **SCADENZA:** _____

genitore/accompagnatore del minore, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere di cui al D.P.R.445/2000

DICHIARA

di confermare quanto sopra riportato e di non trovarsi a sua volta in nessuno deicasi sopra menzionati, ovvero di aver sofferto, negli ultimi 14 giorni, i sintomi o gli stati di salute sopra descritti ai punti :

Data _____

In fede