



MODULO TRIAGE AMISTAD

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ Prov: _____

il _____

Residente a _____ Prov: _____

in via _____, cap _____

C.F. _____

e-mail _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA CHE NELLA NOSTRA FAMIGLIA

- non si sono manifestate sintomatologie afferenti l'apparato respiratorio negli ultimi 14 giorni riferibili a possibile contagio CoViD 19.
- non essere a conoscenza di essere venuti in contatto come nuclei familiari con persone potenzialmente contagiate da CoViD 19
- di accettare le procedure previste in misura di contenimento CoViD (gel idroalcolico, lavaggio frequente delle mani, mascherina obbligatoria e misure di distanziamento sociale).
- di comunicare immediatamente agli educatori del centro la manifestazione di sintomatologie afferenti l'apparato respiratorio al rientro al domicilio.
- di essere consapevole che in caso di tali manifestazioni il ragazzo/la ragazza non potrà rientrare se non previa certificazione del medico di base.

Luogo e data _____

Firma _____