


**AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCESSO E FREQUENTAZIONE
DEI CENTRI DIURNI**

 All. n. 9
 Rev. 3
 del 23/6/2020
 Pag. 1 di 1

Il sottoscritto _____,

nato il _____ a _____ (_____),

residente in _____, via/piazza _____

 in qualità di il rappresentante legale del sig. _____ ¹

nato il _____ a _____ (_____),

residente in _____, via/piazza _____

che frequenta il Centro Diurno _____,

con sede in _____

DICHIARA

quanto segue, ai fini della frequenza al centro diurno sopra menzionato:

- nei 14 giorni precedenti si sono verificati sintomi riferibili alla COVID 19 per l'ospite e i conviventi : presenza di febbre (uguale o superiore a 37,5°) oppure presenza di altri sintomi (mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto)?

 SI NO

- di impegnarsi a monitorare quotidianamente i sintomi riferibili alla COVID 19 per l'ospite e i conviventi: presenza di febbre (uguale o superiore a 37,5°) oppure presenza di altri sintomi (mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto)

 SI NO

- di impegnarsi ad informare tempestivamente il MMG e il responsabile del centro diurno della comparsa dei sintomi o febbre per l'ospite e i conviventi

 SI NO

- Nei **14 giorni precedenti** ha avuto un **contatto stretto** con un caso di COVID-19?

 SI NO

Data _____

Firma _____

¹ Compilare solo se la persona che frequenta il centro diurno è rappresentata da altri
