**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA’**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………

nato a………………………………………, Prov. (…….) il………………………………………………...

e residente a…………………………………………………………………………………..., Prov. (…….)

in qualità di:

 □Tutore □Amministratore di sostegno □Interessato □Genitore

del il/la sig./ra ………………………………………….…………….nato/a a ……………………………..

 il……………..………………….. residente a……………………………….……………..……………….. in via ………………………….……………………n°…………

frequentante il servizio semiresidenziale …………………………..…………………………………….

**DICHIARA**

Consapevole che, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28-12-2000 e come previsto dall'art. 75 della medesima norma, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; consapevole inoltre delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

1. Che né l’interessato né nessun convivente è sottoposto alla misura della quarantena né è risultato positivo al virus COVID-19 di cui all’art.1 co.1 lett. C del DPCM 8 marzo 2020;
2. Che l’interessato e ogni suo convivente non sia stato in contatto stretto con una persona affetta da nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. Che l’interessato e ogni suo convivente non sia a conoscenza di essere stato, in contatto stretto con una persona affetta da nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
4. Che l’interessato e ogni suo convivente non ha presentato uno o più dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni: mal di gola, tosse secca, difficoltà respiratorie, febbre, perdita del gusto o dell’olfatto, diarrea;
5. Di impegnarsi ad informare con la massima tempestività il soggetto gestore dell’attività di cui ci si avvale e gli operatori che svolgono l’attività in oggetto di eventuali sintomi riconducibili all’infezione da Covid-19 suoi o di ogni suo convivente;
6. Di essere a conoscenza che la presenza di sintomi riconducibili al contagio da COVID-19 comporta l’interruzione immediata dell’attività;
7. Di essere a conoscenza dell’impegno delle famiglie a seguire le misure di protezione e gli accorgimenti necessari, in riferimento anche al mantenimento nei rispettivi ambienti di vita e di relazione, di comportamenti conformi all’obiettivo di salvaguardare la salute.

……………………… li ………………..

 FIRMA familiare/tutore legale

---------------------------------------------