



## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI BUONA SALUTE

Con la presente lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/esercente la potestà del/la minore \_\_\_\_\_

### DICHIARO CHE MIO FIGLIO/A

- **non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti;**
- **non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;**
- **non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.**

Luogo e data:

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_