

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

nato/a il _____ a _____ (prov _____)

genitore/tutore/esercente la patria potestà di COGNOME _____ NOME

_____ nato/a il _____ a _____ (prov _____)

dichiara di:

- ASSENZA DI EPISODI FEBBRILI NELLE 48 ORE PRECEDENTI: SI NO

- ASSENZA DI STATO DI QUARANTENA: SI NO

- SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO: : SI NO NON NOTO

SE SI SPECIFICARE:

luogo _____ e data di partenza dalla località a rischio: _____

- ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI nei 14 giorni precedenti: SI NO

- ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI nei 14 giorni precedenti: : SI NO

- CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI nei 14 giorni precedenti: : SI NO

Inoltre il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni soprariportate.

Bologna, data ____ / ____ / ____

Firma del genitore/tutore/esercente la patria postestà _____