



COMUNE DI CORNUDA



CENTRO ESTIVO 2020

Autocertificazione dei genitori/tutori sullo stato di salute

Il sottoscritto _____

Genitore/tutore di _____

Dichiara

che all'interno della famiglia, me compreso, non ci sono persone sottoposte a quarantena o isolamento fiduciario

che al momento dell'iscrizione non ci sono sintomi sospetti (come ad esempio: anosmia, ageusia, febbre, difficoltà respiratorie, tosse, congiuntivite, vomito, diarrea, inappetenza) né da parte del minore né da parte di un componente della famiglia

Luogo e Data _____

Firma _____