



## DICHIARAZIONE (RS minorenni in servizio)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ ,

### DICHIARA

- di impegnarsi a far rispettare al/la proprio/a figlio/a

\_\_\_\_\_ le indicazioni contenute nel documento tecnico associativo “Zaini in Spalla”, relativo alle misure di contrasto e prevenzione del COVID-19, adottato dalla AGESCI per l’attività in cui è coinvolto;

- che il proprio/a figlio/a non ha una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVID-19, né abbia avuto tali sintomi nei 3 giorni precedenti;

- che il proprio/a figlio/a non è in stato di quarantena o isolamento domiciliare;

- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa emergenziale in vigore.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute del proprio figlio/a, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione e all’eventuale positività a un esame diagnostico per il Sars-CoV-2.

Ai sensi della normativa vigente, il sottoscritto si impegna a far svolgere servizio al/la proprio/a figlio/a solo se vaccinato contro il COVID-19 con una dose da almeno 14 giorni oppure se guarito dall’infezione da SARS-CoV-2 da non oltre 180 giorni oppure a seguito dell’esito negativo di un esame diagnostico molecolare per rilevare l’infezione da SARS-CoV-2 effettuato entro le 72 h o ntigenico/salivare entro 48 ore.

Il sottoscritto si assume infine l’impegno, in caso di mutamenti dello stato di salute e dello stato di benessere fisico del proprio/a figlio/a nel corso del proprio servizio,





di avvertire il Responsabile dell'attività e comunicare al proprio figlio/a di tenersi lontano dalle altre persone. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di far raggiungere il proprio domicilio al figlio/a e consultare il proprio medico. La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere, e fino ad avvenuta e piena guarigione certificata secondo i protocolli previsti.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati.

Data

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione sarà conservata dal .....Capo gruppo/Responsabile di Zona/Responsabile Regionale....., nel rispetto della normativa sulla tutela deidati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

