

Servizio di TEMPO INTEGRATO anno scolastico 2020/2021
BUONA SALUTE/PATOLOGIE

Il /la sottoscritto/a _____

Genitore (esercitante la patria potestà) del minore _____

Ai fini dell'accoglienza al Tempo Integrato per l'anno scolastico 2020/2021

DICHIARA

- 1) che il/la proprio figlio/a non risulta essere stato/a positivo/a al COVID-19 e non è soggetto/a alla quarantena obbligatoria;
- 2) che nessun componente della propria famiglia risulta essere stato positivo al COVID-19 e che non è soggetto alla quarantena obbligatoria;

- 3) che il/la figlio/figlia soffre di **allergie**
Sì No (*barrare con una crocetta*)

Se sì indicare quali *allegando certificato medico*

- 4) che il/la figlio/a soffre di **intolleranze alimentari**
sì no (*barrare con una crocetta*)

Se sì indicare quali *allegando certificato medico*

- 5) che il/la proprio figlio/a è certificato dalla Struttura Pubblica ai sensi della Legge 104/1992 e necessita di assistenza individuale fornita dall'ULSS.

Sì no (*barrare con una crocetta*)

In caso affermativo allegare dichiarazione degli organi competenti

- 6) che il/la proprio figlio/a è soggetto/a a problematiche specifiche tali da richiedere un'assistenza individuale e a tale proposito si impegna a concordare un piano di intervento personalizzato con la Responsabile della cooperativa

sì no (*barrare con una crocetta*)

Data _____

Firma
