

**PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA**  
TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO \_\_\_\_\_

E

E LE FAMIGLIE DEI BAMBINI FREQUENTANTI

circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e ai comportamenti individuali  
volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid-19

La sottoscritta \_\_\_\_\_ responsabile del Servizio \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_, e il/la signor/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale o tutore di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

**SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA FREQUENZA DI \_\_\_\_\_ AL SERVIZIO SOPRA MENZIONATO.**

**in particolare, il genitore (o titolare di responsabilità genitoriale o tutore) dichiara:**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che suo figlio/a o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di impegnarsi a trattenere suo figlio/a al domicilio in presenza di febbre (uguale o superiore a 37,5°) o di altri sintomi quali mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto e di informare tempestivamente il pediatra e il gestore del Servizio della comparsa dei sintomi o febbre;
- di essere consapevole ed accettare che l'utente possa essere sottoposto a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima dell'accesso al Servizio e che, in caso di febbre uguale o superiore a 37,5° o di presenza delle altre sintomatologie sopra citate, non potrà essere ammesso al Servizio e rimarrà sotto la sua responsabilità;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre (uguale o superiore a 37,5°) o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'Ente Gestore provvede all'isolamento immediato dell'utente e ad informare immediatamente il medico curante/pediatra di libera scelta e i familiari. Il medico curante/pediatra di libera scelta provvederà a contattare subito il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) per la programmazione dell'effettuazione del tampone naso-faringeo e per disporre le modalità di gestione e le precauzioni da adottare in attesa degli approfondimenti diagnostici, compreso l'immediato allontanamento della persona sintomatica dalla struttura, a cura del genitore o altro adulto responsabile.

- di essere consapevole che il sottoscritto genitore (o titolare di responsabilità genitoriale o tutore) e dovrà rispettare le indicazioni igienico sanitarie all'interno del Servizio ed inoltre dovrà impegnarsi nel farle rispettare a suo figlio/a;
- di essere stato adeguatamente informato dagli organizzatori del Servizio di tutte le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da Covid-19 ed in particolare delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dal Servizio.
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi della giornata che il proprio figlio non trascorre al Servizio, comportamenti di massima precauzione circa il rischio di contagio;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste da appositi protocolli per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto dei centri estivi.

**in particolare, il gestore dichiara:**

- di aver fornito, contestualmente all'iscrizione, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottata per contenere la diffusione del contagio da Covid-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza al Servizio, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- che per la realizzazione del Servizio si avvale di personale adeguatamente formato su tutti gli aspetti riferibili alle vigenti normative in materia di organizzazione di servizi estivi, in particolare sulle procedure igienico sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio. Il personale stesso si impegna ad osservare scrupolosamente ogni prescrizione igienico sanitaria e a recarsi al lavoro solo in assenza di ogni sintomatologia riferibile al Covid-19;
- di impegnarsi a realizzare le procedure di triage all'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente, tra cui le disposizioni circa il distanziamento;
- di non promuovere attività che comportino il contatto tra diversi moduli di bambini nei quali è organizzato il servizio;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da Covid-19 da parte di un bambino o adulto frequentante il Servizio, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale;

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia Covid-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, delle Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19, e del relativo Protocollo regionale per attività ludico-ricreative e centri estivi per bambini e adolescenti.

**Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale o utente)**

**Il Responsabile  
del Servizio**

---



---

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI  
SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome = surname		nome = first name	
luogo e data di nascita = place and date of birth		nazionalità = nationality	
residenza-Indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone ☎			
medico curante = doctor in charge	libretto sanitario n.	AUSL	

**MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES**

morbillo measles	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
parotite mumps	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
pertosse whooping-cough	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
rosolia rubella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
varicella varicella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no

**ALLERGIE - ALLERGIES**

	specificare = specify
farmaci drugs	
pollini pollens	
polveri dusts	
muffe moulds	
punture di insetti insect stings	

altro other diseases: \_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress: \_\_\_\_\_

intolleranze alimentari = food intolerances: \_\_\_\_\_

Per la / il minore (barrare l'opzione esatta)= As regards the minor (bar the right choice):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici  
no medical help was requested in the last 5 days
- è stato richiesto intervento medico - si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
medical help was requested - the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

data = date

firma di chi esercita la potestà parentale  
signature of the person exercising parental authority