



MODULO DI AUTODICHIARAZIONE COVID19

Il/La Sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a		Il	
Residente a		Via e n°	
Telefono		mail	

con i seguenti famigliari conviventi minorenni

Cognome		Nome	
Nato/a		Il	
Cognome		Nome	
Nato/a		Il	
Cognome		Nome	
Nato/a		il	

Chiede di essere ammesso, con il proprio nucleo famigliare (minori), a partecipare all'escursione/attività sociale organizzata dall'Associazione 'ASSOCIAZIONE SPORTIVA CULTURALE E TURISTICA "NOVA HIRPO" C.F./P.IVA: 02914340647 ' in data ___/___/___ in località _____ e a tal fine

DICHIARA

1. che nessuno dei richiedenti la partecipazione ha avuto nelle ultime due settimane sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
2. che nessuno dei richiedenti la partecipazione manifesta attualmente sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
3. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è a conoscenza di aver avuto nelle ultime due settimane (14 giorni) contatti con soggetti positivi al Coronavirus Covid19
4. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è sottoposto a regime di isolamento domiciliare (quarantena)
5. che tutti i richiedenti la partecipazione sono stati informati su tutte le disposizioni emanate dall'Associazione in materia di prevenzione al contagio Covid 19 e di accettarle integralmente, con la consapevolezza che in caso di violazione di una sola di esse potranno essere esclusi dall'attività sociale
6. che il richiedente o il famigliare _____ è affetto dalla seguente patologia respiratoria _____
7. che il richiedente si impegna a informare tempestivamente l'Associazione organizzatrice qualora nei giorni a venire (14 giorni) si manifestino, per lui o per i famigliari partecipanti, sintomi riconducibili al contagio (febbre, tosse, raffreddore, sintomi influenzali, difficoltà respiratorie ecc.) in modo da poter avvisare, sempre nel rispetto della privacy di tutti, gli altri partecipanti all'attività sociale

Il/La sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche e soprattutto in relazione al rischio di contagio durante l'attività sociale (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Luogo e Data _____

Firma _____

Autorizza inoltre l'Associazione: 'ASSOCIAZIONE SPORTIVA CULTURALE E TURISTICA "NOVA HIRPO" C.F./P.IVA: 02914340647 ' al trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Per conoscenza e accettazione

Firma _____