

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE e di MANLEVA COVID 19

Il/La Sottoscritto/a

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

Chiede di essere ammesso/a a partecipare alle vacanze per gli occhi

in data .././....

in località

e a tal fine

DICHIARA

1. Di non aver 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. Di non manifestare 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. Di non essere a conoscenza di aver avuto nelle ultime due settimane (14 giorni) contatti con soggetti positivi al Coronavirus Covid19
4. Di non essere sottoposto a regime di isolamento domiciliare (quarantena)
5. Di essere informato su tutte le disposizioni emanate per le vacanze indicate 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
6. che il richiedente è affetto dalla seguente patologia respiratoria

-
7. che il richiedente si impegna a informare tempestivamente l'organizzazione 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

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

Luogo e Data

Firma.....

Autorizzainoltre 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.....