



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ ,
nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ (___),
residente in _____ (___),
Via _____,
Cell _____ email _____,
(da compilare all'occorrenza): In qualità di _____
del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di esprimere il consenso di NON esprimere il consenso

al trattamento dei dati sullo stato di salute ossia la misurazione della temperatura corporea (c.d. febbre). E' richiesto il consenso pena l'impossibilità di accesso ai locali e l'esclusione dalle attività.

Inoltre, dichiara (per il minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore):

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dalla normativa vigente;
- 2) di non essere o essere stato COVID--19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID--19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 4) di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID--19;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5 °C) previsto dalla normativa vigente;
- 6) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente;
- 7) di aver ricevuto copia del protocollo di sicurezza interno dell'associazione.

Con la firma di questo documento il sottoscritto **si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute**, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività musicale, di avvisare tempestivamente il responsabile dell'associazione. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. **La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.**

luogo, li ___ / ___ / _____

In fede (firma dell'interessato) _____

Il genitore o tutore (in caso di minore) _____

Il presente modulo sarà conservato dall'Associazione BANDA CITTADINA DI CORNEDO VICENTINO nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza

COPIA PER L'ASSOCIAZIONE