

Il sottoscritto

Nome e cognome _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____

In Via _____

In qualità di _____

(*) specificare: es. Allievo, Tecnico, Insegnante, Operatore, Collaboratore.

DICHIARA:

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? Si No

é stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? Si No

ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)? Si No

manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto). Si No

Dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

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

Autorizza inoltre Dinamica Tai Chi Chuan e Arti associate asd al trattamento dei dati particolari 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.