

# MODULO DI AUTODICHIARAZIONE e di MANLEVA COVID 19

Il/La Sottoscritto/a

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

con i seguenti famigliari conviventi

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

**Chiede di essere ammesso**, con il proprio nucleo familiare (minori), **a partecipare alla visita guidata Scopri Cesena** organizzata da SERVIZI PER IL TURISMO CESENATE SOC.CON.S AR.L. viale IV Novembre 145 Cesena (FC) **a Cesena in data** ...../...../..... 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 si impegna a informare tempestivamente gli organizzatori 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 SERVIZI PER IL TURISMO CESENATE SOC.CON.S AR.L. Viale IV Novembre 145 Cesena (FC) 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.....