

AUTODICHIARAZIONE **AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____

Luogo di nascita _____

()

Residente in _____

()

Via/piazza _____

E domiciliato in _____

()

Via/piazza _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci
a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **DI NON ESSERE** risultato positivo al COVID-19 ed, in caso affermativo di essere in possesso di certificato di negativizzazione avendo ricevuto due tamponi negativi;
- **DI NON ESSERE** sottoposto alla misura della quarantena per sospetta infezione da COVID-19;
- **DI ESSERE** a conoscenza delle misure di contenimento del contagio;
- **DI NON AVER AVUTO** nei 14 giorni precedenti la data odierna sintomatologie riconducibili all'infezione da COVID-19;
- **DI NON AVER AVUTO** contatti o familiarità, nei 14 giorni precedenti la data odierna, con persone affette da COVID-19 o con sintomatologie riconducibili all'infezione;
- **DI AVER PRESO VISIONE** del protocollo e delle linee guida, per prevenire il contagio dal COVID-19, predisposte dalla ASD/SSD _____
- **DI COMUNICARE** qualsiasi variazione del proprio stato di salute nel breve periodo.

LUOGO E DATA

SOCIO PRATICANTE

Il presente documento, compilato e firmato, dovrà essere inviato a
info.elicoides@gmail.com entro il 21 settembre 2020.