

# AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

(la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dall'allievo se maggiorenne, dal genitore se l'allievo è minore, o dall' accompagnatore che sia autorizzato a entrare nella struttura)

Io sottoscritto / a.....nato a ..... il....., residente  
a.....per sé o quale esercente la potestà genitoriale nei confronti di  
.....nato a..... il..... residente  
a.....

**DICHIARA PER SÉ / PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE CHE LE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:**

- **NON** è stato sottoposto alle misure della quarantena ovvero che non è risultato positivo al SARS-COV-2;
- **NON** ha avuto sintomi quali **TOSSE; RAFFREDDORE; FEBBRE**, associate o meno a **DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA**, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-COV-2;
- **NON** ha conviventi con sintomi quali **TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE**, associate o meno a **DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA**, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-COV-2;
- **NON** provenga da zone a rischio secondo le indicazioni dell'**OMS2**
- **NON** ha avuto contatti con casi accertati di SARS-COV-2, , o con persone positive al SARS-COV-2,, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta venute a contatto con casi sospetti o accertati di SARS-COV-2;
- **NON** è risultato **POSITIVO** al tampone per la ricerca del virus SARS-COV-2;
- **NON** ha contratto il SARS-COV-2.

Luogo e data.....

Firma.....

Io sottoscritto / a come sopra identificato, attesto sotto la mia 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 sportiva ed alla pratica di attività sportive.

Autorizzo inoltre l' a.c.s.d. CENTRO STUDI DANZA CLASSICA al trattamento dei miei dati personali 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.

Luogo e data.....

Firma.....