



AUTODICHIARAZIONE

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

sottoscritto/a:

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nato/a il	

per sé o quale esercente la potestà genitoriale di:

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nato/a il	

PER SE STESSO, O PER IL MINORE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, DICHIARA CHE:

NON È sottoposto alla misura dell'AUTOSORVEGLIANZA SANITARIA;

È sottoposto alla misura dell'AUTOSORVEGLIANZA SANITARIA

(Si è sottoposti alla misura dell'autosorveglianza sanitaria fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al COVID-19 se vaccinati con ciclo primario o con dose di richiamo, o perché guariti da virus SARS-CoV-2, da meno di 120 giorni. In tal caso, è obbligatorio indossare la mascherina FFP2 e, alla prima comparsa dei sintomi (T0) sottoporsi ad un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2; se ancora sintomatici, ripetere il test al quinto giorno (T5) successivo alla data dell'ultimo contatto (ex art.2 comma 1 Decreto Legge 30 dicembre 2021, n.229);

HA **NON HA** avuto NEGLI ULTIMI 5 GIORNI sintomi quali MAL DI GOLA, TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE, CEFALEA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DISTURBI GASTRO-INTESTINALI o altri sintomi correlati alla infezione da COVID-19;

HA **NON HA** conviventi che presentino sintomi quali MAL DI GOLA, TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE, CEFALEA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DISTURBI GASTRO-INTESTINALI o altri sintomi correlati alla infezione da COVID-19;

HA **NON HA** avuto NEGLI ULTIMI 3 GIORNI contatti con casi accertati di SARS-CoV-2, o con persona risultata POSITIVA al virus COVID-19;

HA **NON HA** avuto NEGLI ULTIMI 3 GIORNI contatti con persone che, anche se negative e/o asintomatiche, sono soggette a quarantena preventiva;

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente **QUALSIASI** cambiamento rispetto a quanto sopra esposto nella presente autodichiarazione.

Il sottoscritto è a conoscenza che la presente **AUTODICHIARAZIONE** non sostituisce alcuna certificazione medica attestante il proprio stato di salute, né può valere in sostituzione all'obbligo di esibizione della Certificazione Verde, così come richiesto ai sensi della normativa vigente in relazione allo svolgimento delle attività motorie e sportive.

Luogo e data _____ Firma _____

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 sportiva ed alla pratica di attività sportive (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre l'ACSD CENTRO STUDI DANZA CLASSICA al trattamento dei miei 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.

Luogo e data _____ Firma _____