



Fondata nel 1856

Società Filarmonica di Voghenza Scuola di Musica APS

Via Europa, 8 – 44019 Voghiera (Fe) – C.F. 92005850380

Consenso al trattamento dei dati e autodichiarazione sullo stato di salute

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____ / ____ / ____
a _____ (____), residente in _____ (____),
indirizzo _____,
cell. _____ e-mail _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dal D.L. 33 del 16/05/2020 e seguenti;
- 2) di non essere o essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale;
- 4) di non avere avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°) previsto dall'art. 1, c. 1, lett. A) del DPCM 17/05/2020;
- 6) di essere a conoscenza e di avere ottemperato a quanto disposto dal D.L. 23/07/2021 n. 105 in relazione agli obblighi di legge previsti per il GREEN PASS;
- 7) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16/05/2020, del DPCM 17/05/2020, e del D.L. 23/07/2021 n. 105.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute, di avvisare tempestivamente il responsabile dell'Associazione. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico, la ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere.

(luogo), data _____

Firma dell'interessato

Firma del genitore (in caso di minore)
