

## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 - AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non essere risultato positivo al COVID-19 e di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena;
- nei 10 giorni precedenti alla presente dichiarazione di non aver avuto alcuna infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria), di non essere stato a stretto contatto con un caso probabile o confermato di infezione di COVID-19, di non essere stato in zone con presunta trasmissione diffusa o locale (aree rosse e paesi oggetti di contagio);
- di essere risultato negativo al test per COVID-19 e di non essermi ritrovato in nessuna situazione potenzialmente pericolosa dall'esecuzione del tampone ad oggi.  
Data dell'ultimo tampone negativo: \_\_\_\_\_ .

- di essere risultato positivo/a all'infezione da COVID-19 e di produrre la certificazione medica da cui risulta la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;

### DICHIARA INOLTRE

- Di restare a casa nel caso di temperatura superiore a 37.5°C o in presenza di infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria)
- Di adottare l'uso delle mascherine conformemente alle disposizioni di legge e a quanto disposto dalle autorità sanitarie
- Di sottoporsi, ove ritenuto necessario, prima di entrare nella struttura al controllo della temperatura corporea. Se questa risulterà superiore ai 37.5°C, non sarà consentito l'accesso
- Di adottare tutte le precauzioni igieniche, in particolare la pulizia delle mani tramite idonei mezzi detergenti, messi a disposizione e presenti in struttura
- Di rispettare la distanza interpersonale, secondo le disposizioni di legge, durante lo svolgimento delle attività

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, 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 utilizzata ed alla pratica di attività culturali, musicali e teatrali.

Autorizzo l'associazione Pro Loco Villa Vicentina APS al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_