

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

(in caso di minori » genitore di: \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente in: \_\_\_\_\_)

AUTORIZZO LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' ARTISTICHE/COREUTICHE E DI EDUCAZIONE ALLA TEATRALITA' E PERTANTO DICHIARO QUANTO SEGUE:

SINTOMI RISCONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI			EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO		
Febbre >37,5°	SI	NO	CONTATTI con casi accertati CoViD19 (tampone positivo)	SI	NO
Tosse	SI	NO	CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
Stanchezza	SI	NO	CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
Mal di gola	SI	NO	CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
Mal di testa	SI	NO	CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO			
Congestione nasale	SI	NO			
Nausea	SI	NO			
Vomito	SI	NO			
Perdita olfatto e gusto	SI	NO			
Congiuntivite	SI	NO			
Diarrea	SI	NO			

Ulteriori dichiarazioni: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Io sottoscritto 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 ed alla pratica di attività artistica o coreutica (art.46 DPR n.445/2000).

Autorizzo, inoltre, la "ASSOCIAZIONE LA SILLOGE no profit" al trattamento dei miei dati personali particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu.216/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 (per i minori la firma deve essere quella di un genitore)

