

Liberatoria Covid-19

Compilare con i dati dell'allievo

Io sottoscritto/a

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Telefono: _____ Email: _____

Dichiaro

- * Di non essere stato affetto da sintomi riconducibili al *Covid-19* (quali febbre oltre 37.5° tosse e/o difficoltà respiratorie) negli ultimi 14gg;
- * Di non essere stato a contatto con possibili infetti da *Covid-19* (e/o se stato effettuato il tampone di non essere/essere stato affetto da *Covid-19*);
- * Di non essere soggetto a quarantena;
- * Di conoscere e rispettare le misure sanitarie indicate nelle nostre norme di sicurezza *Covid-19*;
- * Di sapere che in caso di contagio dichiarato e/o verificato l'Associazione è obbligata a comunicarlo alle autorità competenti;
- * Di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte di questa Associazione, sapendo che essi saranno utilizzati solo ad uso interno;
- * Di aver ricevuto copia di questo documento.

Roma, _____

(firma leggibile e per esteso) _____

(per i minori il modulo deve essere firmato dai genitori o da chi ne fa le veci)