



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

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

**(da compilare all'occorrenza):**

In qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE***(per il minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore)***Negli ultimi 14 giorni ha avuto (riferito al minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore) ...?**

Febbre	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Difficoltà Respiratorie	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>

Inoltre, dichiara *(sempre per il minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore):*

- 1)** di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuate dalla normativa vigente;
- 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 aver 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 °C) previsto dalla normativa vigente;
- 6)** di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente;
- 7)** di aver ricevuto copia del protocollo di sicurezza interno dell'associazione.

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 e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività musicale, 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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede  
(firma dell'interessato se maggiorenne)I genitori o Tutori  
(in caso di minore, consigliata firma di entrambi i genitori o tutore)

Il presente modulo sarà conservato dall'Associazione **Corpo Musicale Comunale di San Paolo d'Argon** nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.