

## AUTODICHIARAZIONE STATO DI SALUTE (COVID-19)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

(*opzionale*) tutore legale del/la minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- per quanto di propria conoscenza, di non essere infetto/a dal virus SARS-COV 2 e non è a rischio di poter contagiare terzi;
- di non aver avuto contatti consapevolmente con soggetti affetti da virus SARS-COV 2 negli ultimi 14 giorni;
- di aver ricevuto, laddove fosse risultato/a positivo/a al virus SARS-COV 2 in passato, idonea certificazione medica da cui risulti la “negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
- di non provenire da zone a rischio epidemiologico COVID-19 sottoposte a provvedimenti restrittivi (“zone rosse”) negli ultimi 14 giorni;
- di aver ricevuto dall’associazione l’informativa sulle misure da adottare per la prevenzione del contagio da COVID-19.
- di aver visto, letto e approvato il “regolamento anti-Covid” per la partecipazione al corso.

### SI IMPEGNA INOLTRE

ad avvertire tempestivamente l’associazione A.S.D. Essere via mail a [info@essereinmovimento.it](mailto:info@essereinmovimento.it) qualora dovessero modificarsi le situazioni su descritte entro 14 giorni dall’ultimo contatto avuto con la stessa presso le sue sedi e le sue attività.

Firenze, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_