**AUTODICHIARAZIONE COVID 19**

**Il/la sottoscritto/a**

**COGNOME e NOME ……………………………….. ……………………………………………………………………………….**

**NATO/A A………………………………………………………………………………………….IL……………………………………..**

**RESIDENTE A:……………………………………………………………INVIA/PZ………………………………………………**

**DICHIARA**

**Che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI’** | **NO** |
| **È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?** |  |  |
| **È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?** |  |  |
| **È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?** |  |  |
| **Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all’infezione da Covid-19****(temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà** **respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?** |  |  |
| **Manifesta attualmente sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (temperatura****corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori****muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?** |  |  |

**Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.Inoltre dichiara di aver preso visione dei regolamenti e delle disposizioni per l’accesso alla struttura e per la pratica dell’attività motoria**

**AUTORIZZA**

**A.D.STUDIOS DANZA E MOVIMENTO a.s.d. al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.**

**Luogo e Data ------------------------------------- firma………………………………………..**