



## ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS APS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società  
SEZIONE PROVINCIALE di PESARO-URBINO

### MODULO DI AUTODICHIARAZIONE e di MANLEVA COVID 19

Il/La Sottoscritto/a

Nome		Cognome	
Nato/a		Il	
Residente a		Via e n°	
Telefono		Mail	

Chiede di essere ammesso a partecipare al Congresso Provinciale sez.ne di Pesaro - Urbino in data 21/07/2021 presso i locali dell'Hotel Savoy sito in via Repubblica, n.22 a Pesaro, a tal fine

### D I C H I A R A

1. di non aver avuto nelle ultime due settimane sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da COVID 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
2. di non manifestare attualmente sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da COVID 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
3. di non essere a conoscenza di aver avuto nelle ultime due settimane (14 giorni) contatti con soggetti positivi al Coronavirus Covid19
4. di non essere sottoposto a regime di isolamento domiciliare (quarantena)
5. di essere stato informato su tutte le disposizioni emanate dall'Associazione in materia di prevenzione al contagio Covid 19 e di accettarle integralmente, con la consapevolezza che in caso di violazione di una sola di esse potranno essere esclusi dall'attività sociale
6. di essere affetto dalla seguente patologia respiratoria \_\_\_\_\_
7. di impegnarsi ad informare tempestivamente l'Associazione organizzatrice qualora nei giorni a venire (14 giorni) si manifestino sintomi riconducibili al contagio (febbre, tosse, raffreddore, sintomi influenzali, difficoltà respiratorie ecc.) in modo da poter avvisare, sempre nel rispetto della privacy di tutti, gli altri partecipanti all'attività sociale

Il/La sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche e soprattutto in relazione al rischio di contagio durante l'attività sociale (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Luogo e Data.....

Firma.....

Autorizza inoltre l'Ente Nazionale Sordi ONLUS APS – Sezione di Pesaro-Urbino al trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente. Per conoscenza e accettazione.

Firma.....