



Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

 genitore/tutore del minorenne Operatore/Educatore Responsabile Educatore**dati del minore:** nome _____ nato a _____ il _____Rilascia questo documento in occasione **PARTECIPAZIONE ATTIVITA' ESTIVA AL MARE CITTA' GIARDINO**

DICHIARA CHE:

Nelle ultime due settimane

Nelle ultime due settimane è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)	NO	SI
è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio	NO	SI
è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti	NO	SI
se si è risposto SI ad una delle domande precedenti:		
* ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento	NO	SI
* di aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)	NO	SI

Al momento

ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C	NO	SI
è un professionista della salute quale: medici, infermieri, operatori del 118, o facente parte di altre tipologie di lavoro a rischio Covid-19	NO	SI

Nell'ultimo anno

ha avuto diagnosi di COVID-19	NO	SI
se si è risposto SI alla domanda precedente		
è stato dichiarato guarito (tampone con esito negativo)	NO	SI
-se si è risposto SI alla domanda precedente:		
* ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento	NO	SI

Negli ultimi mesi/giorni

è stato sottoposto a vaccinazione	NO	SI
se si è risposto SI alla domanda precedente		
ha completato il ciclo vaccinale	NO	SI

DATA E LUOGO

FIRMA del GENITORE-TUTORE



il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura ed alla pratica di attività ludiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

autorizzo __ASD CSENFRIULI DI CERVIGNANO DEL FRIULI trattamento dei miei dati particolari 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.

DATA E LUOGO

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE
O DEL MAGGIORENNE

nelle giornate susseguenti alla prima; - possono essere utilizzati gli spazi DATA e FIRMA riportati di seguito per la conferma della dichiarazione precedentemente espressa.

Conferma della dichiarazione riportata sull'altro lato del presente foglio

DATA	FIRMA GENITORE O TUTORE/MAGGIORENNE
MARTEDÌ	
MERCOLEDÌ	
GIOVEDÌ	
VENERDÌ	