

GLI SCARPONAUTI - Circolo di Turismo Attivo

affiliata ad ARCI e AIGAE - Piazza Tom Benetollo 1 - 46100 Mantova - Mob. 349 8614896
fax. 03761850644 - P. IVA 01870050208 - C.F. 93030660208 - e-mail : info@scarponauti.it

AUTODICHIARAZIONE di partecipazione alle escursioni e cammini

Il sottoscritto _____,
nato il ____/____/____ a _____ (____),
residente in _____ (____) via _____
utenza telefonica ____/____, consapevole delle conseguenze penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.) e Art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n.
445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che negli ultimi 14 gg:

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- **Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori** (casa, ufficio, lavoro o altri luoghi);
- **Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario** o di quarantena;
- **Non è rientrato in Italia, nè ha avuto contatti stretti** con persone rientrate da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta, Spagna, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca.
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio COVID-19** vigenti alla data odierna previste dal Ministero della Salute (www.salute.gov.it) e dalle disposizioni regionali, nonché di disporre durante l'escursione dei dispositivi di sicurezza necessari a tale scopo. l'attendibilità

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie; - sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.) ;
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

A questo riguardo, di aver preso visione e di attenersi alle indicazioni fornite dalla guida AIGAE tessera _____ nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo.

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, **mi impegno a darne tempestiva comunicazione al personale sanitario e all'associazione** che provvederà ad informare i partecipanti.

Il presente modulo individuale in caso di segnalazione, verrà consegnato all'autorità Sanitaria che provvederà a contattare i singoli partecipanti per ulteriori disposizioni in merito.

Data

Firma del dichiarante