

**AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE  
AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000  
persone maggiorenni  
(versione vigente dal 19.10.20)**

Il/la/i sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti;
2. di non aver avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria, anche nei 3 giorni precedenti, e che in caso di insorgenza degli stessi durante l'attività sarà seguito quanto definito dal Protocollo adottato dal Gruppo Scout;
3. di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
4. di non essere stato a contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
5. di non essere attualmente un caso accertato COVID-19 positivo;
6. di essere a conoscenza che, in caso di insorgenza di sintomi riconducibili al Covid-19 durante l'attività, sarà seguito quanto definito dal Protocollo adottato dal Gruppo Scout;
7. di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11giugno 2020 e seguenti.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente al Responsabile/Gestore del Gruppo Scout eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività, di tenersi lontano dai bambini/adolescenti a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile/Gestore del Gruppo Scout. Appena sussistano le condizioni avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa della frequenza del Centro potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere, salvo il rispetto di diverse indicazioni stabilite dall'ATS competente.

In fede

Firma del dichiarante

Luogo e data.....

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità.

Il presente modulo sarà conservato dal capo responsabile dell'unità nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, per un periodo di 14 giorni.