

Benvenuto presso la nostra struttura,  
per poter partecipare alle **lezioni di prova** dei nostri corsi ti chiediamo di compilare il modulo  
seguinte

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R.N.445/2000

IL sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che non è o non è stato Covid-19 positivo accertato o di essere stato dichiarato negativo a seguito di duplice  
tampone negativo.

- Non è sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale
- Non ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultanti positivi al Covid-19
- è a conoscenza dell'obbligo di far rimanere il minore al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (sintomi riconducibili a infezione da covid 19) come previsto dall'art. 1, co.1, lett. a) del DPCM 17 maggio 2020
- Di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020.

Il sottoscritto, firmando il presente documento, si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali  
variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi sopraelencate avendo cura, in  
tal caso, di restare al proprio domicilio e consultare il proprio medico curante.

Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare il **REGOLAMENTO** della struttura e il **PROTOCOLLO DI  
SICUREZZA** che questa ha adottato per far fronte all'emergenza sanitaria.

Chiediamo di segnalare eventuali certificazioni e/o diagnosi relativi alla salute psicofisica dell'associato praticante

\_\_\_\_\_  
Altre segnalazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Il presente modulo sarà conservato nel rispetto delle normative sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello  
stato di emergenza sanitaria.*