**NOME** 1

**DICHIARAZIONE**

**(RS maggiorenni e capi)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

che:

1. non avere una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVD-19, né aver avuto tali sintomi nei 3 giorni precedenti;
2. non essere in stato di quarantena o isolamento domiciliare;

**SI IMPEGNA INOLTRE**

a comunicare tempestivamente ai propri capi/capi gruppo se compaiono sintomi assimilabili al COVID-19 nei giorni successivi allo svolgimento dell’attività e/o si è venuti a conoscenza di essere stati a contatto con una persona positiva o con sintomatologia COVID-19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_