



Autocertificazione **ADULTI** - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ C. F. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

ruolo _____ numero di telefono _____

(es. allievo, docente, personale non docente, altro)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alle disposizioni fornite dal Teatro Le Ombre APS per la verifica del proprio stato di salute prima dell'ingresso in teatro o comunque su un palco o spazio omologo predisposto da terzi redatti sulla base delle norme in materia di "Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19"

DICHIARA

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO
-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO
2. È in quarantena? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
 - Febbre/febbriola SI NO
 - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
 - Malessere, astenia SI NO
 - Cefalea SI NO
 - Congiuntivite SI NO
 - Sangue da naso/bocca SI NO
 - Vomito e/o diarrea SI NO
 - Inappetenza/anoressia SI NO
 - Confusione/vertigini SI NO
 - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
 - Perdita di peso SI NO
 - Disturbi dell'olfatto e/o del gusto SI NO
6. di aver preso visione del protocollo sulla sicurezza pubblicato sul sito e canali social dell'Associazione;
7. di aver preso visione e firmato l'Informativa.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali, forniti nella presente dichiarazione e che saranno conservati per 15 giorni, sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19"

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente

Pesaro, (data)

FIRMA

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Firma dell'operatore _____

INFORMATIVA

A tutti i collaboratori, soci, fornitori ed eventuali visitatori (con richiesta esplicita di accesso) è fatto obbligo di seguire tutte le indicazioni essenziali presenti nel Protocollo:

- L'obbligo per ciascuno di rimanere al proprio domicilio, e di non fare ingresso in Associazione in caso di positività al virus o di sottoposizione alle misure della quarantena o dell'isolamento fiduciario nonché in presenza di febbre oltre 37.5° o di altri sintomi influenzali;
- Il divieto di permanenza all'interno della struttura al manifestarsi dei sintomi febbrili/influenzali di cui al punto precedente, informandone in modo tempestivo e responsabile la Direzione e avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- L'impegno a rispettare tutte le disposizioni del Protocollo nel fare accesso all'interno della struttura.

Per accedere ai locali dell'Associazione, i collaboratori, soci, allievi e terzi (quali genitori, fornitori, consulenti, dove indispensabile) dovranno:

- Aspettare all'esterno della sede dei corsi rispettando il metro nel caso che all'ingresso ci siano più di 3 persone;
- presentare modulo di Autodichiarazione;
- obbligo di indossare la mascherina;
- mantenere la distanza interpersonale di almeno un metro;
- igienizzare le mani dagli appositi dispenser

Gli orari di ingresso/uscita sono scaglionati in modo da evitare il più possibile contatti nelle zone comuni. L'ingresso è consentito solo agli allievi e collaboratori. Genitori, fornitori, consulenti e altri, dovranno fare richiesta e accedere ai soli locali permessi ai visitatori (ingresso e segreteria).

È assoluto divieto entrare nella sala prove.

Data e firma per presa visione _____