



33 ° FOLGARIA BASKETBALL CAMP

ISTRUZIONE OPERATIVA – ANTI COVID

AUTODICHIARAZIONE PER LA SETTIMANA DAL _____ AL _____

Da consegnare al check in

Con la presente La invitiamo a leggere e sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Nome _____ Cognome _____

Dichiaro:

- Di impegnarmi ad adottare tutte le misure di prevenzione, anche in conformità alle raccomandazioni e alle istruzioni operative, fornite dalla Direzione e dalle Autorità di controllo, atte a prevenire la diffusione del Coronavirus COVID;
- Di non aver fatto viaggi in zone a rischio Coronavirus, come individuate dalle Autorità competenti;
- Di non essere stato in contatto con persone affette da COVID negli ultimi 15 giorni;
- Di non aver ricevuto comunicazioni da parte delle Autorità competenti, in merito ad un mio contatto con persona affetta da COVID negli ultimi 15 giorni;
- Di non avere alcuna sintomatologia che possa far riferimento al COVID, ed in particolare di non aver alcun sintomo di febbre superiore a 37,5, tosse, difficoltà respiratorie o perdita del gusto.

Dichiaro inoltre:

- Di essere a conoscenza che presso la struttura che ci ospita , sarà rilevata la temperatura corporea, al check in, e durante la settimana da parte del personale incaricato;
- Di essere a conoscenza che tutte le informazioni relative al COVID saranno gestite nel rispetto della privacy.

data _____ firma _____