



ANTICA FARMACIA SANT'ANNA  
DEI FRATI CARMELITANI SCALZI

## MODULO DI AUTODICHIARAZIONE E MANLEVA COVID 19

Il/La Sottoscritto/a:

Cognome ..... Nome .....

Nato/a Il ..... Telefono / mail .....

In caso di partecipazione con familiari conviventi minorenni aggiungere per ognuno nome e data di nascita:

Cognome ..... Nome .....

Nato/a Il .....

Cognome ..... Nome .....

Nato/a Il .....

Cognome ..... Nome .....

Nato/a Il .....

**CHIEDE di essere ammesso a partecipare all'evento/visita guidata organizzata dall'Antica Farmacia Sant'Anna dei Frati Carmelitani Scalzi che si svolgerà in data / / in Piazza Sant'Anna 8, Genova e a tal fine DICHIARA:**

1. che nessuno dei richiedenti la partecipazione ha avuto nelle ultime due settimane sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

2. che nessuno dei richiedenti la partecipazione manifesta attualmente sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

3. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è a conoscenza di aver avuto nelle ultime due settimane (14 giorni) contatti con soggetti positivi al Coronavirus Covid19

4. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è sottoposto a regime di isolamento domiciliare (quarantena)

5. che tutti i richiedenti la partecipazione sono stati informati su tutte le disposizioni emanate dall'Associazione in materia di prevenzione al contagio Covid 19 e di accettarle integralmente, con la consapevolezza che in caso di violazione di una sola di esse potranno essere esclusi dall'attività sociale

6. che il richiedente o il familiare .....  
è affetto dalla seguente patologia respiratoria .....

7. che il richiedente si impegna a informare tempestivamente l'Associazione organizzatrice qualora nei giorni a venire (14 giorni) si manifestino, per lui o per i familiari partecipanti, sintomi riconducibili al contagio (febbre, tosse, raffreddore, sintomi influenzali, difficoltà respiratorie ecc.) in modo da poter avvisare, sempre nel rispetto della privacy di tutti, gli altri partecipanti all'attività sociale.

**Il/La sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civile e penali di una falsa dichiarazione, anche e soprattutto in relazione al rischio di contagio durante l'attività sociale (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).**

Luogo e Data ..... Firma .....

Autorizza inoltre l'Antica Farmacia Sant'Ann al trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Per conoscenza e accettazione ..... Firma .....