**PARTECIPAZIONE INIZIATIVE ASSOCIAZIONE IUBILANTES odv**

Iniziativa (titolo e data).................................................................................................

DICHIARAZIONE

sostitutiva di certificazione

(art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a via Doc id. tel Mail consapevole delle pene previste per false attestazioni sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alle disposizioni per la verifica del proprio stato di salute prima della partecipazione alle iniziative della ASSOCIAZIONE IUBILANTES odv, disposizioni definite sulla base delle norme in materia di “Misure urgenti di contenimento e gestione dell’emergenza da Covid 19”

* **dichiara**
* di non esser sottoposto alla misura della quarantena
* di essersi misurato la temperatura corporea prima di aver lasciato la propria abitazione
* di avere riscontrato che essa risulta inferiore a 37,5
* di non presentare nessun sintomo da influenza o collegabile al virus Covid 19
* di non aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi a Covid 19 o sottoposti a misura di quarantena

**DICHIARA INOLTRE**

* di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria nonché delle persone partecipanti all’iniziativa di riferimento
* di rispettare le indicazioni date dai referenti della Associazione Iubilantes odv nell’ambito dell’iniziativa di riferimento
* di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e all’uso della propria immagine per i soli fini istituzionali della Associazione Iubilantes.
* di partecipare alla attività del **3 ottobre 2021 sotto la propria esclusiva responsabilità** e di **sollevare** la Associazione IUBILANTES da ogni ***responsabilità civile e penale*** per danni a persone o cose occorsi e legati alla sopra indicata attività.
* in fede
* DATA FIRMA

Luogo e data firma