



## DOCUMENTO DI TRACCIABILITA' DEI CONTATTI E AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/La sottoscritto/a,

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATA/O \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

- di non essere positivo/a al COVID-19;
- l'assenza di contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19 o sottoposte alla misura di quarantena;
- di essere in buono stato di salute e di non avvertire alcun sintomo attribuibile a una possibile affezione da COVID-19 (tosse secca, dissenteria, alterazioni del gusto e/o olfatto, difficoltà respiratorie ecc...);
- di essere consapevole che il trattamento prenotato prevede la protezione con appositi dispositivi di protezione individuale nonché l'utilizzo **OBBLIGATORIO** della mascherina chirurgica o FFP2, il mantenimento interpersonale di almeno un metro tra una persona e l'altra e l'igienizzazione delle mani.
- di essere a conoscenza che i dati indicati nella presente dichiarazione saranno conservati fino al 14° giorno successivo alla data odierna al fine di permettere il tracciamento da parte delle autorità in caso di contagio.  
Verrà quindi istituito un registro delle presenze, da mantenere per almeno 14 giorni, nel quale saranno registrate le presenze delle persone (clienti) e dei relativi Maestri durante le lezioni. In questo modo sarà agevolata l'attività di tracciamento del contatto nel caso in cui venisse segnalato un caso di positività tra i presenti.

FIRMA DI ACCETTAZIONE DI QUANTO SOPRA SPECIFICATO  
(Per i minorenni firma di un genitore, previo accordo con entrambi)

COLLIO (BS) , li \_\_\_\_\_