

MODELLO PARTECIPAZIONE EVENTO – PROTOCOLLO ANTICOVID

DATA _____

EVENTO _____

Per assistere allo spettacolo è necessario compilare e sottoscrivere questo modulo e consegnarlo agli organizzatori all'ingresso / biglietteria.

Secondo la vigente normativa COVID-19 sussiste per gli organizzatori l'obbligo di mantenere traccia dei partecipanti, per un periodo di 14 giorni successivi all'avvenuta rappresentazione.

NOME e COGNOME _____

INDIRIZZO MAIL _____

NUMERO DI TELEFONO _____

RESIDENZA Comune _____ Provincia _____

Via _____ Nr. Civico _____

NOME e COGNOME degli eventuali **conviventi / appartenenti allo stesso nucleo familiare** partecipanti allo spettacolo

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

DICHIARA PER SE STESSO E IL PROPRIO NUCLEO FAMIGLIARE/CONVIVENTI

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna
2. di non essere sottoposto alla misura della quarantena: isolamento domiciliare fiduciario volontario e/o obbligatorio, ovvero di non risultare positivo al COVID-19
3. di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale
4. di non aver manifestato sintomatologia sospetta per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.) negli ultimi 14 giorni
5. di non aver avuto contatti con persone affette da Nuovo Coronavirus o sospette tali
6. di essere consapevole che la fruizione del servizio comporta il rispetto delle indicazioni igienico-sanitarie previste

E ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, recanti disposizioni a tutela dei dati personali, l'Organizzazione informa che i dati personali da Lei forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

DATA _____

FIRMA _____