**AUTOCERTIFICAZIONE**

(per il PERSONALE dell’oratorio circolo ANSPI

|  |  |
| --- | --- |
| Io sottoscritto/a: |  |
| nato/a: |  | il: |  |
| residente in (indirizzo): |  |
| In qualità di: | * lavoratore
* collaboratore
* volontario
* animatore (> 18 anni)
* coordinatore
* altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’oratorio/circolo ANSPI:  |

CERTIFICO

* di aver letto, condiviso e sottoscritto il contenuto del PROGETTO ORGANIZZATIVO e denominato EraOraTeam per la gestione in sicurezza dell’attività estiva nella fase 2 dell’emergenza COVID 19
* di utilizzare i DPI forniti o in mio possesso nello svolgimento delle attività in cui l’uso degli stessi è previsto;
* di non avere casi in famiglia COVID-19 positivi e che ciascun membro della famiglia non è entrato in contatto con casi positivi negli ultimi 14 giorni;
* che ciascun membro della famiglia non presenta alcun sintomo persistente e prolungato, oltre che ragionevolmente riconducibile al COVID-19 tra cui:
* febbre,
* tosse secca,
* respiro aﬀannoso/difficoltà respiratorie,
* dolori muscolari diﬀusi,
* mal di testa,
* raﬀreddore (naso chiuso e/o naso che cola),
* mal di gola,
* congiuntivite,
* diarrea,
* perdita del senso del gusto (ageusia),
* perdita del senso dell’olfatto (anosmia).
* di informare immediatamente l’ente gestore e l’Autorità competente nel caso di positività in famiglia o di contatto con terzi;
* di informare immediatamente l’ente gestore del sopraggiungere in famiglia di sintomi riconducibili all’infezione da COVID-19: febbre, tosse, spossatezza, difficoltà respiratorie.
* di essere a conoscenza che tale attività estiva comporti rischi più alti di contagio a causa di una promiscuità, sebbene sia controllata e ridotta al minimo dall’attuazione delle norme di tutela della salute, regolate dal Protocollo di sicurezza, e alle quali noi per primi ci adeguiamo.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all’Art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445. In fede,

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_