

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. Di non essere sottoposto alle misure di quarantena, ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19,
2. Di non provenire da zone a rischio epidemiologico secondo le indicazioni dell'OMS e di non aver avuto contatti nei 14 giorni antecedenti con soggetti provenienti dalle suddette zone e con soggetti risultati positivi al COVID-19,
3. Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna,
4. Di impegnarsi ad indossare gli opportuni Dispositivi di Protezione Individuale qualora ci si trovasse nella situazione di non riuscire a garantire la distanza interpersonale indicata dal personale della struttura,
5. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Fondazione Cecilia Gilardi O.N.L.U.S. qualora il dichiarante dovesse venire a conoscenza di variazioni di quanto dichiarato ai punti 1 e 2,
6. Di manlevare Fondazione Cecilia Gilardi O.N.L.U.S. in caso di avvenuto contagio, rinunciando a qualsiasi azione legale (civile, penale ed amministrativa), in quanto Fondazione Cecilia Gilardi O.N.L.U.S. adotta tutte le misure necessarie al contenimento della diffusione del contagio, applicando e facendo rispettare tutte le misure precauzionali previste per l'attività in essere in vigore alla data odierna,
7. Di essere a conoscenza che Fondazione Cecilia Gilardi O.N.L.U.S. non si assume alcuna responsabilità relativamente a quanto affermato al punto 6.

Fenestrelle, \_\_\_\_\_

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