AUTODICHIARAZIONE

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 4del 28 dicembre 2000

	o di minori,	Genitore/Responsabi	le di:		
Consapevole delle implicazioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze di cui all'art.2 della legge n. 241/1990 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. n. 300/1992 e degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. N. 445/2000 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO DISE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO DISTITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ POMITO N	O/A A		IL		CEL
della legge n. 241/1990 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. n. 300/1992 e degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. N. 445/2000 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO ONSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO ONSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO ONSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/			RES	SIDENTE A	
della legge n. 241/1990 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. n. 300/1992 e degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. N. 445/2000 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO OSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO OSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO OSSE /O DIORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO OSTANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO RIGHTATORIO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON H	OV	CAP	IN VIA/PIAZZ	A:	
della legge n. 241/1990 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. n. 300/1992 e degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. N. 445/2000 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO TANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO LITERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO RIGHTARIO DIAR					
Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. n. 300/1992 e degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. N. 445/2000 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI	Consap	evole delle implicazio	oni penali previste dall'art.	. 76 del D.P.R. n. 4	45/2000 e delle conseguenze di cui all'art.21
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ: Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.		della leg	ge n. 241/1990 in caso di d	lichiarazioni mend	laci o false attestazioni.
Riferito agli ultimi 15 gg.: NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.		Ai sensi dell'ai	rt. 3 del D.P.R. n. 300/1992	e degli art. 46 e 47	del citato D.P.R. N. 445/2000
 NON HO AVUTO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 			DICHIARA SOTTO LA	PROPRIA RESPO	NSABILITÁ:
 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Riferito alle persone conviventi negli ultimi 15 gg NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.	Riferito	agli ultimi 15 gg.:			
 NON HANNO FEBBRE O TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37.5 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 	NONONONONONO	ON HO AVUTO FAR ON HO PRESENTAT ON HO PRESENTAT ON HO PRESENTAT ON HO PRESENTAT ON HO PRESENTAT	INGODINIA / MAL DI GO O TOSSE /O DIFFICOLTA O RINITE/RINORREA/OS O STANCHEZZA/ DOLO O DIARREA/ VOMITO O ALTERAZIONI DEI SA	OLA A' RESPIRATORIA STRUZIONE NAS BRI MUSCOLARI PORI E DEGLI OI	ALE DORI
 NON HO AVUTO FARINGODINIA / MAL DI GOLA NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 	Riferito	alle persone conviv	enti negli ultimi 15 gg		
 NON HO PRESENTATO TOSSE /O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NON HO PRESENTATO RINITE/RINORREA/OSTRUZIONE NASALE NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 					PRE A 37.5
 NON HO PRESENTATO STANCHEZZA/ DOLORI MUSCOLARI NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 					
 NON HO PRESENTATO DIARREA/ VOMITO NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 					ALE
 NON HO PRESENTATO ALTERAZIONI DEI SAPORI E DEGLI ODORI NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 			•	RI MUSCOLARI	
 NON HO AVUTO CONTATTI CON PERSONE RISULTANTI POSITIVE AL COVID -19 Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva la Società A.S.D. NORD/EST H2O, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. 				PORI E DEGLI OI	OORI
da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.					
da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.	Diah	siana altmas) aha ayan	to commo dishiomato comico	on do al vono o call	ova la Casistà A C D. NOPD/EST 1100
		_	_		
wii impegno a comunicare ana persona kesponsabile dei controlli deli Associazione quaisiasi variazione intervenut		_	-		-
dal mio stato di salute e di quello dei componenti del mio nucleo familiare.	ми шире				-