

Se SI, indicare data di fine isolamento:		
Sono stato sottoposto al vaccino anti COVID-19?	SI	NO
Se SI, indicare tipo vaccino e data/e somministrazione:		
1 ^a Dose il: _____ 2 ^a Dose il: _____		
Ho eseguito un eventuale tampone nelle 48 h precedenti, con esito negativo	SI	NO
Se SI, indicare data di esecuzione del tampone e di che tipo (antigenico, molecolare,):		

e mi impegno, per tutta la durata della mia permanenza al Campo, a mettere immediatamente a conoscenza il Capo Unità di eventuali variazioni di tutto quanto sopra dichiarato.

ACCETTO

- di essere sottoposto/a a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima dell'accesso al Campo che, in caso di febbre superiore ai 37,5° o di presenza delle altre sintomatologie sopra citate, non potrò essere ammesso/a a partecipare;
- una volta ammesso/a al campo, accetto di essere sottoposto/a quotidianamente a misurazione della febbre con termometro senza contatto;
- che, in caso di insorgenza di febbre superiore a 37,5° o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), il Capo Unità provvederà al mio isolamento immediato e all'allontanamento del/la sottoscritto/a dagli spazi delle attività per evitare il contagio con altri, rimanendo a disposizione e sotto le direttive dell'autorità sanitaria locale;
- di rispettare le indicazioni igienico sanitarie all'interno del Campo nonché le altre regole finalizzate alla prevenzione del contagio da Covid-19;
- di provvedere a mia cura e spesa, al mio allontanamento dal campo in caso di triage negativo;
- di impegnarmi ad informare il Capo Unità in caso di mia positività per un periodo fino a 5 giorni dal rientro dal campo.

Luogo e data: _____ Firma: _____