

**Mod. 02**

**Oggetto: Dichiarazione anti-contagio degli avventori che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette al distanziamento interpersonale**

D. Legge n. 52 del 22/04/2021, adottate ai sensi dell'art.1 comma14, del D. Legge n.33 del 16 maggio 2020

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ N.telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- 1) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti siamo venuti a conoscenza che il parco acquatico "Hydromania" adotta le disposizioni normative in vigore.
- 2) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti siamo venuti a conoscenza che è obbligatorio tenere una distanza di almeno un metro durante la permanenza nel parco (ad eccezione delle persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette a distanziamento interpersonale).
- 3) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti siamo venuti a conoscenza di dover evitare il contatto fisico ad es. abbracci, baci, strette di mano (ad eccezione delle persone che in base alle disposizioni vigenti non siano soggette a distanziamento interpersonale).
- 4) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti non abbiamo avuto negli ultimi 14 giorni: febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie, diarrea o sindrome influenzale.
- 5) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti abbiamo letto e accettato le misure di prevenzione adottate dal parco acquatico.
- 6) Che sia il sottoscritto che le persone con me presenti ci impegniamo a rispettare tutte le indicazioni che il parco acquatico adotta.
- 7) Che al momento dell'ingresso del parco acquatico né il sottoscritto né le persone con me presenti abbiamo i seguenti sintomi:
  - raffreddore,
  - mal di testa,
  - tosse,
  - gola infiammata,
  - febbre,
  - una sensazione generale di malessere
- 8) che il nostro gruppo è formato da n. \_\_\_\_\_ persone e che in base alle disposizioni vigenti non sono soggette a distanziamento interpersonale.

In caso di risposta positiva alle patologie di cui al punto 7 verrà avvisato immediatamente il referente Covid che provvederà a seguire il protocollo per i casi sintomatici.

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** Il presente modulo deve essere compilato da un membro maggiorenne del gruppo.