

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DI ACCOLITI, MINISTRI STRAORDINARI DELLA
COMUNIONE, CATECHISTI, EDUCATORI, CORISTI E CANTORI**

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____
a _____ (____), residente in _____
(____),
Via _____, Tel _____
Cell _____ email _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) di aver ricevuto e di impegnarsi a rispettare il regolamento sulle misure di prevenzione del COVID-19 adottato dalla Parrocchia per l'attività in cui è coinvolto;
- b) di non avere una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVID-19, né di aver avuto tali sintomi nei 3 giorni precedenti;
- c) di non essere in stato di quarantena o isolamento domiciliare e di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti stretti¹ con soggetti risultati positivi al COVID-19, per quanto di propria conoscenza;
- d) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa emergenziale in vigore.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione e all'eventuale positività a un esame diagnostico per il Sars-CoV-2.

Ai sensi della normativa canonica particolare vigente, il sottoscritto si impegna a svolgere il proprio servizio solo se vaccinato contro il COVID-19 con una dose da almeno 14 giorni oppure se guarito dall'infezione da SARS-CoV-2 da non oltre 180 giorni oppure a seguito dell'esito negativo di un esame diagnostico per rilevare l'infezione da SARS-CoV-2 effettuato entro le 48 h.

Il sottoscritto si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso del proprio servizio, di tenersi lontano dalle altre persone avvertendo il Responsabile dell'attività. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere e fino ad avvenuta e piena guarigione certificata secondo i protocolli previsti.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati.

Data

Firma del dichiarante

