



SENIGALLIA 1

## MODULO DI CORRESPONSABILITÀ PER LA PARTECIPAZIONE A ATTIVITÀ / EVENTI SCOUT PER SOCI MINORENNI

(in questo modulo per **attività** si intende qualsiasi esperienza scout che si svolge solo durante le ore del giorno, mentre per **evento** si intende qualsiasi esperienza scout che presupponga almeno un pernottamento condiviso dall'Unità o da parte di essa)

### Ai genitori (tutori legali/affidatari) del socio minorente partecipante all'Attività/Evento

**Descrizione Attività/Evento** (da compilare a cura dello Staff prima della consegna agli interessati)

GRUPPO: SENIGALLIA 1                      ZONA: VALLESINA                      REGIONE: Marche

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ/EVENTO \_\_\_\_\_

LUOGO DELL' ATTIVITÀ/EVENTO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**Genitori (tutori legali/affidatari) del "socio giovane" minore che parteciperà all'Attività/Evento**  
(da raccogliere a cura dei Capi Gruppo)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ genitori/tutori legali/affidatari di \_\_\_\_\_  
, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevoli che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

### **DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che nessun membro della famiglia è entrato in contatto con soggetti COVID-19 accertati (o genericamente posti in quarantena) negli ultimi 14 giorni;

- che (nome del figlio/tutelato/minore in affidamento) \_\_\_\_\_
- nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- non è attualmente positivo al virus SARS-CoV2 e/o sottoposto alla misura della quarantena;
- non presenta e non ha presentato negli ultimi 14 giorni:
  - temperatura corporea superiore a 37,5°C;
  - almeno tre tra i seguenti sintomi: mal di testa, perdita o diminuzione dell'olfatto, "naso chiuso", debolezza, tosse, mialgie, rinorrea, disgeusia, mal di gola, difficoltà a respirare, perdita di appetito, diarrea, dolori articolari, dolore toracico, dolore alle orecchie.
- di avere assicurato al proprio figlio/tutelato/minore in affidamento una sufficiente formazione sanitaria, soprattutto per quanto riguarda la conoscenza dei principali sintomi e segni di tale patologia e delle sue modalità di contagio;
- di avere provveduto a fornire al proprio figlio/tutelato/minore in affidamento informazioni sul corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), in particolare sull'uso della mascherina chirurgica e dei guanti;
- di essere a conoscenza che tale Attività/Evento comporta rischi più alti di contagio rispetto all'isolamento domiciliare, a causa di inevitabile promiscuità, sebbene vengano attuate



SENIGALLIA 1

precauzioni ed attenzioni affinché i rischi siano controllati e ridotti al minimo con una serie di interventi preventivi e di monitoraggio continuo;

- di essere a conoscenza che l'Attività/Evento di cui sopra potrebbero essere annullati anche appena prima dell'inizio programmato, o che potrebbero essere interrotti improvvisamente durante lo svolgimento a causa di motivazioni di natura sanitaria;
  - di impegnarsi a riportare a casa il proprio figlio/tutelato/minore in affido in giornata, nel caso in cui lo stesso presentasse temperatura corporea > 37,5 °C o altri sintomi e segni suggestivi di infezione da SARS-CoV-2;
  - di avere esibito e spiegato il contenuto dei punti sotto riportati al proprio figlio/tutelato/minore in affido e di avere compreso che ad ogni partecipante viene richiesta una collaborazione attiva per minimizzare il rischio di contagio o di ammalarsi durante l'Attività/Evento:
1. Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone quando sono visibilmente sporche, in caso contrario utilizzare soluzione idroalcolica.
  2. Mostrare grande autoconsapevolezza del proprio stato di salute ("sto bene/sto male") e piena fiducia e sincerità nel riferirlo ai capi.
  3. Non scambiarsi i propri oggetti personali, in particolar modo borraccia, bicchiere, posate, piatti, spazzolino e qualsiasi altro strumento il cui utilizzo preveda il contatto con naso/bocca.

Eventuali dichiarazioni aggiuntive dei genitori/tutori legali/affidatari (es. patologie pregresse / croniche o condizioni di fragilità che possano rendere maggiormente difficoltosa la sorveglianza sanitaria e/o il decorso di patologia da COVID):

---

---

---

Luogo e data

Firma (leggibile) dei dichiaranti

---

---

*I sottoscritti dichiarano di essere a conoscenza dell'informativa AGESCI ex art. 13 Regolamento Europeo 679/2016 e ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/2016 autorizzano al trattamento dei dati sopra riportati per le finalità atte al conseguimento degli scopi sociali e, comunque, connessi e strumentali alle attività AGESCI.*

Luogo e data

Firma (leggibile) dei dichiaranti

---

---

**ATTENZIONE: LA SEGUENTE SEZIONE È A CURA DEL CAPO**

Temperatura corporea rilevata all'ingresso: \_\_\_\_\_ ° C

