SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO ORGANIZZATO DALL’A.N.P.E.F.S.S. sul Tema:

***“L’Educazione Alimentare e l’Attività Motoria quale binomio fondamentale e inscindibile per l’Educazione alla Salute”***

**PARCO NATURALE DELLE FORESTE CASENTINESI (FC)**

**dal 10 al 13 novembre 2022**

COGNOME NOME

RESIDENTE A

VIA N. CAP PROV

CODICE FISCALE

TEL. CELL

E MAIL

NATO A IL

SCUOLA DI APPARTENENZA

INDIRIZZO

TEL. DOCENTE DI (indicare la materia)

**Desideri utilizzare il Bonus Docenti secondo le condizioni proposte dall’ANPEFSS? SI NO**

QUANTI CORSI DELL’ANPEFSS SULL’ALIMENTAZIONE E LO SPORT HAI FREQUENTATO? (INDICARE ANCHE L’ANNO E LA LOCALITÀ)

SISTEMAZIONE ALBERGHIERA:

🞏 in camera doppia a due letti con un qualsiasi partecipante al Corso

🞏 camera doppia a due letti

🞏 camera matrimoniale

🞏 camera singola

Desidera dormire in camera con un “CONGIUNTO” (anche un altro docente) in particolare? Se sì scrivere i nomi.

Il viaggio A/R per la località di svolgimento del Corso è a completo carico del partecipante. L’ANPEFSS non rimborserà in nessun caso (cambiamenti di date,di località dei Corsi etc..) le spese di viaggio dei partecipanti

(prenotazioni , biglietti ferroviari, biglietti aerei etc..).

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ACCETTARE TUTTE LE NORME CONTENUTE NEL REGOLAMENTO DEL CORSO.

Il sottoscritto dichiara di essere in ottime condizioni fisiche e psichiche e in grado di svolgere tutte le attività sportive previste dal programma.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del D.Legs.vo n. 196/03 sul trattamento e la diffusione dei dati personali e del regolamento UE n. 679/2016 per tutte le attività e le iniziative inerenti l’attività formativa da svolgere, ..l.. sottoscritto/a autorizza l’ANPEFSS all’utilizzo degli stessi nei limiti delle predetti leggi.

DATA FIRMA

**N.B.: Questa dichiarazione va inviata via e-mail alla Segreteria**

**ANPEFSS:** **anpefss@anpefss.it**

**DICHIARAZIONE PER PREVENZIONE COVID-19**

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali)

**SONO CONSAPEVOLE E PRENDO ATTO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ**

• di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato un tampone diagnostico negativo per SARS-COV-2

• di non essere entrato in contatto da almeno 14 giorni con famigliari, conviventi o amici positivi al COVID-19

• di non avere febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19 e di non averli avuti negli ultimi 14 giorni

• di rispettare le norme date sul distanziamento sociale, uso delle mascherina, lavaggio delle mani. A tale proposito dichiaro che tutte le volte che mi sarà richiesto, parteciperò con la mia mascherina personale portandone un congruo numero di ricambio

• di aver compreso che non devo uscire di casa e quindi effettuare il Corso in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi), ma contattare il medico curante. Sono inoltre consapevole che, se al momento dell'arrivo in struttura, mi sarà rilevata una temperatura pari o superiore a 37,5 non sarò ammesso al Corso e in caso di sintomi durante il suo svolgimento sarò tenuto a dichiararlo e ad attenermi a tutte le norme di sicurezza richieste dall' OMS.

• di accettare di comunicare tempestivamente all’Ente organizzatore la comparsa di sintomi anche nei 14 giorni successivi al rientro del Corso di Formazione.

DATA FIRMA