SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO ORGANIZZATO DALL’ANPEFSS sul Tema: “Il *Turismo Scolastico Europeo Attivo e Integrato*”.

**Dal 15 al 18 APRILE 2023 nella Repubblica del Portogallo a Lisbona**

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 SUL TURISMO ATTIVO E SOSTENIBILE 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 dei dati personali, ..l.. sottoscritto/a autorizza l’ANPEFSS al trattamento degli stessi nei limiti della predetta legge.

DATA FIRMA

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

**ANPEFSS:** [**anpefss@anpefss.it**](mailto: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