



ACCADEMIA FILARMONICA VENETA

SEZIONE MUSICOTERAPIA

DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO MUSICOTERAPIA

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il ___/___/___ a
_____ residente in _____ (_____) via _____

Il genitore per il minore

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il ___/___/___ a _____
residente in _____ (_____)
via _____

DICHIARA

1. di accedere agli spazi della scuola in data ___/___/___ oppure dal ___/___/___ al ___/___/___;
2. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore;
3. di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali come ad es. febbre superiore a 37,5°, informando il proprio medico curante e l'autorità sanitaria;
4. di essere a conoscenza che l'accesso alla scuola è precluso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
5. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nel protocollo contrasto e contenimento COVID e nel REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA RISCHIO COVID-19 pubblicati nella home del sito www.accademiafilarmonica.info - sezione "Fare musica in piena sicurezza";
6. di aver preso visione del REGOLAMENTO MUSICOTERAPIA Accademia Filarmonica Veneta pubblicato nel seguente link: <http://www.accademiafilarmonica.info/musicoterapia/>

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. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività musicale, di avvisare tempestivamente il responsabile dell'Associazione. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. Per i casi di positività al Covid, la ripresa dell'attività musicale dovrà avvenire previa presentazione di certificato medico.

Data _____

Firma del tutore se minorenne

Il presente modulo sarà conservato dall'Accademia Filarmonica Veneta nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.