



**Ass. Buon Samaritano - Forlì**

Piazza Dante, 1 - 47121 Forlì

Tel 0543-28240 Fax 0543-24303

[buonsamaritano@forli.chiesacattolica.it](mailto:buonsamaritano@forli.chiesacattolica.it)

C.F. 92076760401

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata da Comune di \_\_\_\_\_;

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

DICHIARA

**sotto la propria responsabilità che si renderà disponibile per il servizio di volontariato solo a queste condizioni:**

- Di essere in buona salute e di **non** presentare sintomi respiratori/simil-influenzali (*T° 37,5; mal di gola, rinite, difficoltà respiratoria*);
- Di **non** essere stato a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19;
- Di **non** aver avuto contatti con familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19;
- Di **non** aver tenuto, negli ultimi 14 giorni, comportamenti vietati dal DPCM 9 marzo 2020 e da altre disposizioni nazionali e regionali relative all'emergenza COVID-19;
- Di aver **scelto volontariamente** di prestare servizio per le attività previste dallo Statuto dell'associazione

Forlì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DICHIARA INOLTRE

Di manlevare l'Associazione Buon Samaritano da ogni responsabilità civile e penale per qualsiasi evento possa accadere nell'ambito di svolgimento del servizio o in attività istituzionali dell'associazione, come pure per quanto riguarda il contagio/ trasmissione del Covid 19, con la precisazione di essere a conoscenza che qualsiasi copertura assicurativa vale esclusivamente per le persone di età inferiore ad anni 85

Forlì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_