

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DI  
CATECHISTI, ANIMATORI, MINISTRI STRAORDINARI DELLA COMUNIONE,  
OPERATORI DELLA CARITA', CORISTI E CANTORI, SACRESTANI  
IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_,  
Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_,  
in relazione al proprio impegno di (*barrare la casella corrispondente*):

- catechista / animatori;
- ministro straordinario della Comunione;
- operatore della Carità;
- corista / cantore;
- sacrestano;

per la **tutela della salute di tutti** e per la più efficace **prevenzione** dei possibili contagi da COVID-19

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità:

a) di aver letto e di impegnarsi a rispettare quanto previsto nella Nota della Arcidiocesi di Gorizia "CERTIFICAZIONE VERDE e SICUREZZA SANITARIA DELLE ATTIVITA' PASTORALI";

b) di trovarsi, ai sensi della Nota di cui sopra, in una di queste condizioni (*barrare la casella corrispondente*):

- aver effettuato la prima dose o il vaccino monodose da 15 giorni;
- aver completato il ciclo vaccinale;
- aver fatto la dose aggiuntiva al primo ciclo di vaccinazione;
- essere risultati negativi a un tampone molecolare nelle ultime 72 ore o antigenico rapido nelle 48 ore precedenti;
- essere guariti da COVID-19 nei sei mesi precedenti.

Con la firma di questo documento il/la sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute e l'eventuale positività a un esame diagnostico per il Sars-CoV-2.

Il/la sottoscritto/a si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso del proprio servizio, di tenersi lontano dalle altre persone avvertendo il Responsabile dell'attività. La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere e fino ad avvenuta e piena guarigione certificata secondo i protocolli previsti.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato da \_\_\_\_\_, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.