

COMUNE DI CURSI  
MODULO D' ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel  
\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ avendo ed esercitando la  
patria potestà, autorizza il/la proprio/a figlio/a : nome e cognome  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ a partecipare alle attività proposte dalla Società  
Cooperativa "L'Isola del Sapere" con sede a CASTRIGNANO DE' GRECI 73020 (LE) in via  
Colombo 27 e C.F. 04973700752, per l'intero periodo concordato, avendo preso visione  
dell'intero progetto.

**AUTOCERTIFICAZIONE**

- consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità degli atti, per le dichiarazioni mendaci e per l'uso di atti falsi, così come stabilito dagli art. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, considerato il Protocollo di intesa del 24/04/2020 per il contenimento del contagio da COVID-19, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA:**

- la non provenienza dalle zone a rischio epidemiologico, secondo le indicazioni dell' OMS, l' assenza di contatti stretti con soggetti risultati positivi al COVID-19, di non essere stato/a in quarantena, di non essere stato/a ufficialmente contagiato/a negli ultimi 14 giorni. in caso di pregressa infezione da COVID-19, comunicata al medico sociale (se nominato) o al medico di medicina generale, di disporre della certificazione di avvenuta negativizzazione dei due tamponi secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza. Dichiaro altresì di aver letto, condiviso, compreso e accettato il regolamento interno e di averne ricevuto relativa copia.

Sede, \_\_\_\_\_  
data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del genitore (o di chi  
ne esercita la patria potestà)