

# SLOWMOVE

6 settembre 2020

## Modulo d'iscrizione

Nome, cognome

Via

CAP e località

Indirizzo mail

Numero cellulare

Partecipo alle attività (CHF 20.-)

Non partecipo alle attività

- Yoga
- Body weight workout
- Pilates
- Hiit circuit training

### Stato di salute

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Negli ultimi 14 giorni ha presentato sintomi quali tosse, febbre o problemi respiratori?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Negli ultimi 14 giorni ha presentato sintomi quali perdita dell'olfatto o del gusto?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Qualcuno delle persone con cui vive o con cui è a stretto contatto ha presentato sintomi?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Proviene o ha viaggiato negli ultimi 14 giorni in uno dei paesi a rischio (lista dell'UFSP)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Se la risposta a una di queste domande è "SI" è vietata la presenza alla manifestazione Slowmove.**

Do il mio consenso alla pubblicazione delle fotografie scattate e dei video registrati durante la manifestazione (pubblicazione sul sito [www.slowrun-abm.ch](http://www.slowrun-abm.ch) e relative pagine social).

Confermo che tutte le informazioni relative i miei dati personali ed il mio stato di salute sono veritiere e dichiaro di osservare rigorosamente le norme di comportamento e di igiene dell'UFSP.

Luogo, data

Firma