



Rimini Smoke Box – APS

## DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

Dichiarazione liberatoria nei confronti dell'Associazione **Rimini Smoke Box** durante lo svolgimento delle attività proposte (escursioni, trekking, passeggiate, visite).

Il sottoscritto/a .....

nato/a ..... Prov. .... il .....

residente nel Comune di ..... Prov. ....

Via/P.zza ..... n. ....

cell/tel. .... email.....

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti con le sanzioni previste dalle leggi in materia;

### DICHIARA E RICONOSCE

**per sé stesso e per ogni suo eventuale avente causa o diritto**, quanto segue:

1. di essere a conoscenza del programma, dell'itinerario e dei rischi connessi alle attività proposte (escursioni, trekking, passeggiate, visite);
2. di sollevare l'Associazione "Rimini Smoke Box" da qualsiasi responsabilità inerente alla mia partecipazione alle Escursioni trekking naturalistico proposte dalla associazione stessa;
3. di essere pienamente consapevole che la propria partecipazione è del tutto volontaria, come è strettamente volontaria e facoltativa ogni sua azione compiuta durante lo svolgimento dell'attività e di ritenerla adeguata alle proprie capacità;
4. di assumersi la responsabilità a titolo personale per le conseguenze che dovessero derivare da suddette azioni, sia civilmente che penalmente;
5. di aver letto attentamente il programma delle Escursioni e le note finali ed aver espressamente accettato tutte le sue clausole,
6. che è a conoscenza del "Regolamento dell'Attività Escursionistica" e di tutte le regole sulla sicurezza che disciplinano le attività di escursionismo sottoelencate (punto a-b-c-d-e):
  - a. munirsi di idoneo equipaggiamento da escursione, adeguato ad un ambiente di media/alta montagna (vestiario, calzature, provvista d'acqua, ecc.);
  - b. essere fisicamente idonei e preparati è sempre consigliabile il parere medico curante prima di intraprendere tale attività non agonistica;



## Rimini Smoke Box – APS

- c. i minori devono essere accompagnati da un genitore o accompagnatore, il quale ne è totalmente responsabile (civilmente e penalmente);
- d. seguire l'itinerario prestabilito e non allontanarsi dal gruppo, intraprendendo percorsi alternativi di propria iniziativa;
- e. rispettare gli appuntamenti e gli orari previsti per le varie fasi dell'escursione; rispettare gli ambienti e i luoghi attraversati, nonché le popolazioni locali incontrate ed i loro usi e costumi.

Il Sottoscritto/a autorizza l'associazione Rimini Smoke Box, al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione ed è consapevole che gli stessi vengono tutelati dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali tra cui il Reg. UE 679/2016 (GDPR). Il titolare è RiminiSmokeBox ut supra ed il trattamento dei dati assolve primariamente a scopi di natura precontrattuale, ovvero a possibili interessi legittimi per le finalità dell'associazione di promozione sociale.

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto/a intende manlevare l'Associazione Rimini Smoke Box, i suoi organi Direttivi ed eventuali collaboratori, dalle responsabilità civili e penali che in qualsiasi modo dovessero insorgere conseguenti alla propria partecipazione alle attività e per qualsiasi danno dovesse subire o arrecare a terzi durante lo svolgimento delle attività proposte.

Luogo e data .....

Firma (leggibile)

.....

in collaborazione con  
**Ass. Centro Studi**  
**“AV&Partners”**



# AUTODICHIARAZIONE

ai sensi dell'art. 485 del Codice Penale e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente/domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (mettere  
solo città) , consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci  
**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;
- di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
- di non essere stato negli ultimi 7 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 od aver ricevuto la somministrazione del vaccino da meno di 7 giorni;
- di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si  
impegna ad informare tempestivamente gli organizzatori qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

Data e luogo

Firma del dichiarante