



ENTE NAZIONALE DELLA CINOFILIA ITALIANA

Rocca di Cambio (AQ)
2-3 LUGLIO 2021



Per informazioni:

ENCI – Viale Corsica 20- 20137 Milano - Tel. 02 70020335 - Email iscrizioni@encishow.it

PROGRAMMA RADUNI

2 Luglio 2021
ore 14.30 - RADUNI

ZURLINI Franco	Setters e Pointer
----------------	-------------------

3 Luglio 2021
ore 14.30 - RADUNI

BEZZECCHI Giulio	Weimaraner, Bracchi Francesi, Bracco Ungherese Vizsla, Spinone Italiano, Drahthaar
EVANGELISTI Alessandro	Kurzhaar, Bracco Italiano, Griffone Korthals, Epagneul Breton
MONDO GABRIELLI M.Teresa	Segugi esteri (Sips)
CAVALIERI Fausto	Segugio Maremmano, Segugio dell'Appennino, Segugio Italiano pelo forte
DANTE Marcello	Segugio Italiano pelo raso
ANTONINI Piero	Cane da Pastore Maremmano Abruzzese

Si avvisa che in occasione di manifestazioni organizzate dall'ENCI i partecipanti potrebbero essere oggetto di riprese e fotografie. Le immagini, potranno essere pubblicate nei canali web dell'Ente o in riviste periodiche, materiale divulgativo in ambito cinofilo al fine di promuovere le attività offerte dall'ENCI. L'utilizzo dell'immagine è da considerarsi a titolo del tutto gratuito e se ne garantisce l'uso in contesti che non pregiudichino dignità personale ed il decoro dell'interessato.

ISCRIZIONI SU

WWW.ENCISHOW.IT



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 CAMPOFELICE (AQ) - VENERDI 2 LUGLIO 2021

(da consegnare all'ingresso dell'expo al comitato organizzatore - scrivere in stampatello)

Il Sottoscritto _____ Vaccinato in data _____

Nato a _____ Il _____

Tipo documento e N. _____ rilasciato Il _____ da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei prossimi 14 giorni da oggi, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio/recapito telefonico/e-mail

Città _____, Provincia _____ Cap _____

Indirizzo _____ N. Civico _____

E-mail _____ Telefono _____

Luogo e data: _____, _____ Firma Dichiarante _____



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 CAMPOFELICE (AQ) - SABATO 3 LUGLIO 2021

(da consegnare all'ingresso dell'expo al comitato organizzatore - scrivere in stampatello)

Il Sottoscritto _____ Vaccinato in data _____

Nato a _____ Il _____

Tipo documento e N. _____ rilasciato Il _____ da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei prossimi 14 giorni da oggi, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio/recapito telefonico/e-mail

Città _____, Provincia _____ Cap _____

Indirizzo _____ N. Civico _____

E-mail _____ Telefono _____

Luogo e data: _____, _____ Firma Dichiarante _____