

Modulo di Autodichiarazione Covid-19 ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28

dicembre 2000 n. 445 e successivi

per l'ingresso in impianti o luoghi ove si svolge l'attività sportiva

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a:il:.....

Residente in via :Nr.....

Città:Provincia:.....

In caso di minorenni , lo stesso è rappresentato e accompagnato da:

Rapporto familiare : (madre,padre etc):

Nome e Cognome:

Nato a:..... il:.....

Residente in via: Nr.....

Città:Provincia:(...).Tel.:.....

dopo avere preso visione dell'informativa privacy in materia di protezione sui dati personali resami dalla ASD/SSD

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CONSAPEVOLE DELLA

PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

1) di NON avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.;

2) di NON essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni

3) di NON provenire, a far data dagli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, del Governo e delle Regioni.

4) di NON aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un mio contatto diretto con una persona contagiata dal Coronavirus;

5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico;

6) di essere consapevole di non poter fare ingresso e di non poter permanere presso l'area ove si svolge l'attività e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, tosse, ecc.);

7) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19

In fede

Luogo _____ data _____ Firma _____

All.1 _ Modello di dichiarazione da rendere da parte dell'atleta

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

C.F. _____ Recapito telefonico.....

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

In fede,

[data e firma dell'atleta]

*[in caso di minore, firma anche dell'esercente
la potestà genitoriale]*

Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.