



Associazione Sportiva Dilettantistica

COVID-19 AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ Via _____
o in caso di atleti minori:
GENITORE di _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ Via _____

DICHIARO QUANTO SEGUE negli ultimi 14 giorni

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea $\geq 37,5$ °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, ageusia.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ecc.)

La presente dichiarazione è valida per 14 giorni dalla data di sottoscrizione, fatto salvo eventuali variazioni delle ipotesi contenute nei punti sopra elencati che verranno tempestivamente comunicate.

Il/La sottoscritto/a, come sopra identificato, attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

In fede

_____, ___/___/_____
(Luogo, data)

(firma)

NOTE

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta almeno da un genitore;
2. 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 e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.